
RAPPORT

Diagnostic sur la protection de remplacement
par secteur pour les enfants de 0 à 3 ans me-
nacés de perte de protection parentale

2018

Diagnostic sur la protection de remplacement par secteur pour les enfants de 0 à 3 ans menacés de perte de protection parentale

I. Contexte :

La Tunisie est considérée comme le pays arabo-musulman le plus avancé en matière de législation en faveur de la protection des droits de l'enfant. En effet, la Tunisie a ratifié la Convention Internationale des Droits de l'Enfant en 1991 et a enlevé les réserves la concernant, depuis juin 2008. Elle a également promulgué le Code de Protection de l'Enfance en 1995 et a procédé, en perspective d'opérationnalisation de ce code, à la création des fonctions de juges de famille et de délégués de protection de l'enfance, et à la modification de certaines lois, notamment la loi relative à l'attribution d'un nom patronymique pour les enfants abandonnés.

Cependant, et en dépit de ces avancés juridiques et réglementaire, les programmes de protection de l'enfance, et notamment de la prime enfance privée de milieu familial, présentent des défaillances qui se traduisent, entre autre, par le nombre croissant des nourrissons qui sont accueillis en institution et l'état de développement fragile de ces derniers.

En Tunisie, la naissance d'enfants issus de relations hors mariage est condamnée socialement. De nombreuses mères se trouvent contraintes d'abandonner leur enfant sous la pression sociale. Selon le Ministère des Affaires Sociales, 1300 enfants naissent chaque année de mères célibataires, dont 600, en moyenne, sont abandonnés et placés dans des établissements d'accueil.

Ces établissements, au nombre de 15, sont de deux types : 14 unités de vie associatives et l'Institut National de Protection de l'Enfance (INPE), unique structure publique qui s'occupe d'enfants sans protection familiale. Les 15 établissements prennent en charge les enfants dès leur naissance, en général pour quelques mois, jusqu'à leur adoption ou placement en famille d'accueil. Dans les unités de vie associatives, quand des enfants atteignent l'âge de deux ans sans être adoptés, ils sont alors transférés à l'INPE. Au-delà de 6 ans, ils quittent l'INPE pour être placés, en général jusqu'à leur majorité, dans des villages SOS.

Les unités de vie associatives sont placées sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales, plus spécifiquement de sa Direction Générale de Promotion Sociale (DGPS), qui exerce une tutelle administrative et technique à travers l'INPE. Ce dernier, organise le placement des enfants en familles d'adoption, kafils (familles de tutelle) ou d'accueil en coordination avec les Divisions de Promotion Sociale (DPS).

En 2017, 13 des 14 unités de vie associatives sont fédérés autour d'un réseau commun, le RAET : Réseau Amen enfance Tunisie. Ce réseau a pour mission de développer des actions communes en terme de sensibilisation et plaidoyer pour les droits des enfants sans protection familiale, d'échanges d'expériences, et de recherches d'appuis.

Les unités de vie associatives accueillent en moyenne 300 enfants par an, soit la moitié des effectifs d'enfants abandonnés chaque année, l'autre moitié étant placée à l'INPE. Elles ont une capacité d'accueil moyenne de 12 enfants. Les besoins en termes d'accueil et de prise en charge de ces enfants sont croissants. Nombre d'entre eux sont en liste d'attente dans les maternités des hôpitaux, parfois pendant plusieurs mois, avec de graves conséquences sur leur santé psychique et physique. Et la situation s'aggrave depuis 2012, de nombreuses femmes célibataires et enceintes ont de moins en moins accès aux services de santé sexuelle et reproductive et n'ont alors plus que le choix de mettre au monde leur enfant et, pour une part non négligeable d'entre elles, de l'abandonner dans les semaines suivant l'accouchement.

Face à ces besoins croissants, l'organisation des structures d'accueil reste fragile et la prise en charge ne répond pas pleinement aux droits des enfants. Les situations sont diverses d'une structure à une autre, mais dans certaines d'entre elles les enfants se retrouvent en situation de grande vulnérabilité et

sont exposés à des risques de troubles plus ou moins profonds et irréversibles dans la structuration de leur développement.

L'intérêt des pouvoirs publics, du Ministère des Affaires Sociales en particulier, pour garantir une protection de qualité des enfants abandonnés s'est considérablement accru. Selon la directrice de la défense sociale, les subventions données aux unités de vie ont augmenté, et d'ici 2020, 12 nouvelles unités de vie seront construites.

De manière générale, de grands progrès ont déjà été obtenus en Tunisie dans le domaine de la protection des enfants privés de milieu familial, cependant en matière d'alignement avec les lignes directrices relatives à la protection de remplacement un gap persiste encore. Des actions, soutenues par l'UNICEF et portées par le Ministère des Affaires Sociales et le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance, sont entreprises sur la thématique de la désinstitutionnalisation de la prise en charge des enfants sans soutien familial. Elles visent, notamment, à élaborer une stratégie nationale sur la désinstitutionnalisation et le renforcement du placement familial. En complémentarité de ces actions, Santé Sud a mené une étude ayant pour objectif l'évaluation des effets de l'institution sur le développement de l'enfant. Les résultats de cette étude, mettant en exergue les effets néfastes de l'accueil institutionnel en comparaison avec le placement familial, ont suscité plusieurs interrogations concernant les orientations futures en matière d'accueil et de prise en charge de la prime enfance privée du milieu familial. Dans ce cadre, l'élaboration du référentiel qualité en matière de protection de remplacement semble construire une tentative de réponse à l'ensemble de ces interrogations.

II. Terminologie :

Avant de présenter la démarche méthodologique, nous allons tout d'abord donner des définitions brèves des trois notions centrales de ce travail à savoir : la démarche qualité, la protection de remplacement et la prime enfance. Chaque définition est une synthèse condensée de la littérature et des travaux existants. Elles ont essentiellement une fonction d'amorçage d'un travail critique et de débat sur les préconceptions existantes. La visée étant une construction et une appropriation d'un sens commun partagé sur la finalité de ce groupe de travail.

II.1. La démarche qualité : La démarche qualité est une approche issue du monde de l'industrie, elle est communément définie comme l'ensemble des activités ou des processus aboutissant à un produit ou une prestation ayant l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites (Organisation Internationale de Normalisation, ISO). Transposer cette définition générique de la démarche qualité, du champ de l'industrie vers le champ médico-social en général et celui de la protection de la prime enfance en particulier, implique une prise en considération d'un certain nombre de recommandations éthiques et de principes directeurs. Ces recommandations et principes, véritables garde-fous, mettent en forme le cadre de l'action médico-sociale. Parmi la multitude de ces principes et recommandations, nous en avons retenus trois qui nous semblent apporter un éclairage important à la définition initiale de la démarche qualité :

- *L'utilisateur est au centre du dispositif.* Etant aux prises avec une situation de vulnérabilité, cela diminue considérablement sa possibilité d'exiger la qualité, ce fait est encore plus prégnant en ce qui concerne la prime enfance, il est donc de la responsabilité de tous les intervenants et les équipes d'être attentifs à favoriser sa participation, à individualiser les décisions et les soins le concernant et à promouvoir sa bien-être. Cela implique qu'en situation de travail, les réflexions et les préoccupations des équipes opérationnelles portent, en priorité et en majorité, sur l'utilisateur et son évolution.

- *L'action médico-sociale s'appuie sur une approche fondée sur les droits humains.* Le Framework du travail médico-social a basculé d'une approche basée sur les besoins (spécifiques, essentielles ou autres qualificatifs donnant à des catégorisations stigmatisantes telles que « personnes à besoins spécifiques ») vers une approche basée sur les droits humains. Ce changement de paradigme, porté notamment par l'ensemble des organismes onusiens (UNICEF, OMS, FNUAP, etc.), fait que la santé, la protection sociale, la participation, la non-discrimination, etc. deviennent des droits et leur non-respect entraîne une violation et ouvre la légitimité à réclamer leur opposabilité et à demander une réparation. Contrairement aux besoins, les droits sont inaliénables, ceci place les gouvernements, les pouvoirs publics, les acteurs de la protection sociale en tant que détenteurs de la responsabilité de respecter, protéger et rendre effectif le plein accès, de l'utilisateur, à ces droits.

- *L'humain est par définition hypercomplexe, mouvant et multivarié, et le soin est une relation humaine par essence. Toute standardisation simplificatrice et rigide amène la mise en place d'une gestion robotique, désincarnée et déshumanisante.* La réflexion sur les pratiques professionnelles dans les métiers impliquant un accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité, constitue un pivot essentiel de l'exercice de la profession. Ce processus de réflexion continu, co-construit, pluri-acteur permet, par et à travers la confrontation à l'expérience (l'aspect pratico-pratique), de penser, de bâtir des passerelles et de donner du sens aux valeurs fondatrices (l'aspect idéatif, théorique) des actions entreprises et à entreprendre.

II.2. La protection de remplacement : L'article 20 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE, 1989) stipule que : « 1. *Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat. 2. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale. 3. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafalah de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.* ». Afin de clarifier la mise en œuvre de cet article de la CIDE, l'Assemblée Générale des Nations Unis a adopté, en décembre 2009, des lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants. Cet instrument vise à aider et encourager les gouvernements à optimiser la mise en œuvre de politiques et d'actions aussi bien dans le secteur public que le secteur privé ou associatif visant à minimiser l'impact de la privation familiale sur l'enfant. La 22ème proposition de ces lignes porte spécifiquement sur la prime enfance, elle affirme que : « *De l'avis de la plupart des spécialistes, pour les jeunes enfants, en particulier les enfants de moins de 3 ans, la protection de remplacement devrait s'inscrire dans un cadre familial. Il est possible de déroger à ce principe pour éviter la séparation des frères et sœurs et dans les cas où le placement revêt un caractère d'urgence ou est prévu pour une période très courte et déterminée à l'avance, l'objectif étant, à terme, le retour de l'enfant dans sa famille ou l'adoption d'une solution appropriée à long terme.* ».

II.3. La prime enfance : c'est le stade précoce du développement de l'être humain, il couvre grossièrement la période qui s'étend de la naissance jusqu'à trois ans. L'ensemble des experts des sciences et des professions du développement de l'Homme (neurosciences, psychologie, pédiatrie, pédopsychiatrie, etc.) s'accordent à dire que c'est un temps crucial où l'impact de l'environnement est déterminant et souvent irréversible sur le devenir de la personne aussi bien sur le plan neurologique, psychologique que social. A ce stade de son développement le bébé humain exige une attention focale et personnalisée de la part de ses donneurs de soins, une défaillance continue au niveau de cette attention est préjudiciable pour son développement.

III. Méthodologie :

III.1. Une élaboration concertée et co-construite : L'élaboration du présent référentiel s'inscrit dans le cadre du projet « Pour une meilleure application des droits des enfants sans soutien familial en Tunisie - 2016-2019 » piloté par Santé Sud en partenariat avec le Réseau Amen Enfance Tunisie. L'objectif global du projet est de faire bénéficier les enfants privés de soutien familial d'une protection renforcée et pérennisée garantissant un accès plein à leurs droits, un développement psycho-bio-social harmonieux, et une future inclusion communautaire.

La construction du référentiel reposera sur la mobilisation d'un groupe de travail, représentatif des différents corps de métiers et champs d'expertise. Un appel large pour la construction de ce groupe de travail visera les partenaires suivants :

- Réseau Amen Enfance Tunisie (Coordinateur, chargée d'appui aux pouponnières, directrices de pouponnières, assistantes maternelles, membres des comités d'administration, etc.) ;
- Institut Nationale de la Protection de l'Enfance (Directeur, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, assistantes maternelles, etc.) ;
- Direction Générale de la Promotion Sociale (Ministère des Affaires Sociales) ;
- Direction Générale de l'Enfance (Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance) ;
- Office National de la Famille et de la Population (Ministère de la Santé) ;

- Délégation Générale de la Protection de l'Enfance ;
- Centre Hospitalo-Universitaire de maternité et de néonatalogie de Tunis ;
- Centres d'Encadrement et d'Orientation Sociale (Ministère des Affaires Sociales / Equipes en charges du suivi des mères célibataires) ;
- Centre d'Etudes Juridiques et Judiciaires (Ministère de la Justice) ;
- Association Tunisienne des Juges ;
- Ministère de l'Intérieur ;
- Associations œuvrant dans la défense des droits des femmes en situation de vulnérabilité (Beity, l'Association Amal pour la famille et pour l'enfant, l'Association Tunisienne des Femmes Démocrates, l'Union Nationale des Femmes Tunisiennes, etc.) ;
- Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé ;
- Association Tunisienne des Sages-Femmes ;
- Association Tunisienne de Santé de la Reproduction ;
- Association Tunisienne des Droits de l'Enfant ;
- Villages d'Enfants SOS
- Institut Supérieur des Sciences Humaines de Tunis ;
- Institut National du Travail et des Etudes Sociales ;
- Institut Supérieur d'Education Spécialisée ;
- UNICEF ;
- FNUAP ;
- Santé Sud.

La première mobilisation se fera sous forme d'une rencontre sur une journée qui aura pour thème la protection de remplacement. Santé Sud présentera lors de cette rencontre les résultats de son travail de recherche sur l'effet de l'institutionnalisation sur le développement des enfants ainsi que l'enquête sur l'étude des besoins des mères célibataires. A partir de ses données et des échanges, le groupe définira une feuille de route pour l'élaboration du référentiel qualité en matière de protection de remplacement.

L'élaboration dudit référentiel sera collective avec une coordination assurée par l'équipe projet de Santé Sud. L'animation et la production des travaux de groupe seront pilotées conjointement par Santé Sud, l'Institut National de la Protection de l'Enfance et le Réseau Amen Enfance Tunisie, qui formeront une unité technique opérationnelle. Cette unité technique bénéficiera d'un appui ponctuel d'experts-consultants mobilisés, en fonction des besoins, sur des thématiques spécifiques.

- III.2. Les étapes de l'élaboration du référentiel : le référentiel sur la qualité en matière de protection de remplacement, visera une approche globale du parcours de l'enfant conçu « hors cadre du mariage » et de la trajectoire de sa mère, et cela en cohérence avec les lignes directrices relatives à la protection de remplacement. Ces lignes priorisent les actions de protection du remplacement selon la logique suivante : en premier lieu, la prévention de l'abandon (soutien et accompagnement des parents). En second lieu, la recherche d'une solution de remplacement de type familial (pour les nourrissons privés définitivement de leurs parents biologiques, les options de remplacement de type familial sont, préférentiellement, la récupération par la famille élargie, ensuite l'adoption, puis la kafalah et finalement les familles d'accueil). Et le placement institutionnel en dernier recours, à condition que la

durée de séjour de l'enfant soit la plus brève possible et que la structure d'accueil revêt un caractère familial.

Ainsi le référentiel abordera la qualité sur quatre séquences. Une première séquence concernera l'accompagnement des parents biologiques, notamment la mère, pendant la grossesse et ceci dans une visée de prévention de l'abandon. La deuxième séquence est celle de l'accouchement et du temps de passage dans les services de maternité. La troisième séquence visera l'ensemble des modalités de placement familial (famille élargie, adoption, kafalah, et famille d'accueil). La quatrième séquence concernera le placement institutionnel. Le référentiel aura pour vocation de baliser un parcours sans violences, sans arrachements, et sans moments de rupture, et cela en cohérence avec les recommandations de John Bowlby et Mary Ainsworth dans le cadre des études mandatées par l'OMS.

Pour chaque séquence le travail sur la qualité suivra la démarche suivante :

- 1- Recueil, analyse et synthèse des documents existants, des bonnes pratiques, des goulots d'étranglement et des recommandations.
- 2- Construction, à partir de ce premier travail d'état-des-lieux, d'une première version d'un cadre de référence.
- 3- Discussion, amendement et validation finale du cadre de référence.
- 4- Elaboration d'un plan de diffusion, de communication institutionnelle et de plaidoyer.
- 5- Déclinaison du cadre de référence en outils opérationnels d'évaluation des pratiques professionnels et de l'impact de la prise en charge sur l'utilisateur.
- 6- Evaluation et appréciation des écarts entre les pratiques existantes et le cadre de référence, et définition d'un paquet minimum de services pour une prestation de qualité.
- 7- Déclinaison du cadre de référence en un syllabus de formation, mise en place d'un plan de formation continu et identification des organismes formateurs.
- 8- Elaboration d'un système de suivi, d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité centrée sur l'utilisateur et identification des acteurs qui vont assurer l'évaluation interne et les organismes responsables de l'évaluation externe.

La présente note méthodologique concerne la première étape de la démarche de construction du référentiel, à savoir le recueil, l'analyse et la synthèse des documents existants, des bonnes pratiques, des goulots d'étranglement et des recommandations en matière de protection de remplacement. Pour ce faire, la présentation du mode opératoire dans chaque séquence comprend essentiellement une mise en contexte générale et spécifique en relation avec la thématique abordée et un aperçu sur la méthodologie de travail. A noter que le rationnel méthodologique concernant la séquence du placement institutionnel intègre une section liée à la nomenclature des coûts de la prise en charge institutionnelle des enfants.

<i>Séquence 1 : L'accompagnement des parents biologiques, notamment la mère, dans une visée de prévention de l'abandon</i>

Présentation du contexte

Dès la Déclaration des Droits de l'Enfant de 1959 (texte précurseur de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant parue en 1989), est stipulé que « *L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents* ». De son côté, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques déclare, dans son article 23.1 : « *La famille est l'élément fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'État* ».

De manière générale, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), ainsi que le Comité des Droits de l'Enfant dans ses recommandations et observations, préconisent que l'enfant reste dans son milieu familial pourvu que cela ne porte pas atteinte à sa personne. Il incombe à l'État et à ses représentants de veiller à soutenir

les familles dans leur rôle parental afin de prévenir tout placement évitable à la base. L'article 9 de la CIDE insiste sur un principe essentiel des droits de l'enfant selon lequel l'enfant ne doit pas être séparé de ses parents, sauf dans son intérêt supérieur. Les articles 5 et 18 de la même convention, reconnaissent à l'enfant le droit d'être élevé par ses parents, et à ceux-ci « *une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement* » en étant guidés « *avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant* ». L'État quant à lui doit fournir une aide appropriée aux parents afin qu'ils exercent la responsabilité qui leur incombe. Dans les cas où les traditions et les coutumes constituent les contraintes premières amenant à la séparation de l'enfant de ses parents, notamment dans les situations de naissances hors cadre du mariage, le Comité des Droits de l'Enfant invite les États « *à accorder une aide sans réserve aux mères d'enfants nés hors mariage, désireuses de garder leurs enfants* ».

Il ressort de ces différents éléments que le soutien aux parents et la prévention de la séparation des enfants de leur milieu familial constituent la première priorité en matière de protection de l'enfance. Ainsi, le premier principe général des lignes directrices relatives à la protection de remplacement stipule que « *la famille étant la cellule fondamentale de la société et le contexte naturel de la croissance, du bien-être et de la protection des enfants, les efforts devraient en priorité viser au maintien ou au retour de l'enfant auprès de ses parents ou, le cas échéant, d'autres membres de sa famille proche. L'État devrait veiller à ce que les familles aient accès à des formes de soutien dans leur rôle d'éducation.* ». Le deuxième principe de ces lignes directrices affirme aussi que « *tous les enfants et tous les jeunes devraient vivre dans un environnement favorable, protecteur et attentionné qui encourage le développement de leur potentiel. Les enfants qui ne bénéficient pas d'une protection parentale suffisante ou qui sont privés de protection parentale sont particulièrement exposés au risque de ne pas bénéficier d'un tel environnement favorable.* »

Ces Lignes directrices portent, de facto, une attention importante aux efforts requis pour minimiser l'abandon ou le fait qu'un enfant soit confié à un tiers. Ceci s'inscrit dans une approche globale centrée sur les efforts en matière de prévention et de renforcement des familles. Un grand nombre d'initiatives proposées par les Lignes directrices se basent sur un premier niveau de prévention pour traiter les « *causes profondes* » – autrement dit, sur les politiques et actions d'application générale qui permettent d'aborder les facteurs sociétaux susceptibles de mener un parent à abandonner ou à confier un enfant à un tiers. Ces mesures très variées comprennent les stratégies pour lutter contre la pauvreté, la discrimination et la stigmatisation, pour changer les attitudes par rapport à la parentalité célibataire, et pour adopter des politiques sociales qui promeuvent l'autonomie de la famille et les compétences parentales. Des programmes ciblés relatifs à un deuxième niveau de prévention sont, aussi, préconisés. Ces programmes importants doivent être mis en place pour fournir des conseils et un soutien individualisés dans les cas où il existe un risque spécifique (ou même une intention déclarée) que l'enfant soit abandonné ou confié à un tiers. Ces derniers complètent les mesures de prévention plus générales ; toutefois leur mise en œuvre présente souvent un défi majeur du point de vue des ressources humaines et financières. En effet, ils requièrent non seulement du personnel qui puisse traiter les situations des personnes s'adressant elles-mêmes à ces programmes, mais également qui puisse identifier les personnes à risque et leur fournir une assistance. Parmi les mesures explicitement mentionnées dans les Lignes directrices (au-delà de l'aide financière et des opportunités de création d'activités génératrices de revenus) se trouvent les services d'accueil parents-enfants, les actions d'accompagnement en milieu ouvert, les visites à domicile, et les échanges communautaires avec d'autres familles en difficulté. Un soutien et une prise en charge devraient également être prévus pour les parents célibataires et adolescents, avec une attention particulière portée sur la période antérieure et postérieure à la naissance d'un enfant, ainsi qu'au moment même de la naissance. Ceci implique la présence nécessaire de services de prévention dans les structures telles que les cliniques prénatales et les maternités, par exemple. La mesure de protection finale – lorsqu'il est envisagé de confier un enfant à un tiers – repose sur un système efficace de prévention de l'admission d'un enfant à la protection de remplacement, consistant notamment à orienter les parents qui souhaitent placer leur enfant en protection de remplacement vers les services psychosociaux et pratiques appropriés. Ce maillage proposé par les lignes directrices constitue un *Framework* pour un programme d'action permettant d'accompagner les processus et trajectoires de

parentifications fragilisées de par la confrontation, des personnes aux prises avec ces processus et trajectoires, à des violations de leurs droits économiques et socio-sanitaires. Les lignes constituent également un cadre d'appréciation de l'existant en matière d'accompagnement des parentalités célibataires et un socle d'orientation pour une réflexion et une élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Problématique et enjeux

En Tunisie, l'ascension au statut de mère par une femme non officiellement mariée selon les formes prévues par la loi et les dispositions réglementaires en vigueur, entre autres le code du statut personnel, est souvent corrélée à une trajectoire marquée par la vulnérabilité. Dans la plupart des situations, la « *mère célibataire* » vit en marge des schémas socioculturels et légaux en vigueur dans la société tunisienne et est en proie à d'énormes difficultés, notamment lorsqu'elle décide de garder son enfant avec elle. C'est justement dans ce cas que la prise en charge devient nécessaire, en vue d'aider la mère à accéder aux prestations sociales et sanitaires prévues à cet effet.

La mère célibataire et son enfant font l'objet d'une protection légale et sociale assurée par un ensemble de structures et d'institutions, qu'elles soient publiques ou associatives. Un certain nombre d'intervenants, d'acteurs sociaux et d'acteurs de la société civile sont mobilisés pour assurer cette prise en charge.

Les lois et réglementations en vigueur consacrent un ensemble de droits visant le soutien de la mère célibataire, notamment par la protection de son enfant. Toutefois, la loi tunisienne ne réserve aucun texte spécifique au statut de mère célibataire. La mère célibataire jouit de l'intégralité des droits sociaux, économiques, culturels, civiques et politiques, sans discrimination aucune et indépendamment de sa situation familiale et sociale. C'est d'ailleurs ce à quoi fait allusion la Constitution du 14 janvier 2014, en retenant le principe d'égalité devant la loi comme fondement de la législation en Tunisie. Les termes de l'Article 21 stipulent que « *les citoyens et les citoyennes sont égaux en droits et devoirs. Ils sont égaux devant la loi sans discrimination aucune* » et que « *l'État garantit aux citoyens et aux citoyennes les droits et les libertés individuels et collectifs. Il leur assure les conditions d'une vie digne* ». L'Article 23 quant à lui met l'accent sur la responsabilité de l'État dans la protection de « *la dignité de l'être humain et son intégrité physique* » et interdiction « *de la torture morale ou physique* ». L'article 38 assoit la garantie du droit à la santé, en effet « *Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi* ». L'article 40 affirme le droit au travail, et en dernier lieu l'Article 46 met spécifiquement l'accent sur les droits de la femme tunisienne et la protection de ses acquis et stipulant que « *L'État s'engage à protéger les droits acquis de la femme et veille à les consolider et les promouvoir* » en prenant notamment « *les mesures nécessaires en vue d'éliminer la violence contre la femme* ».

Egalement, la Tunisie a ratifié la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en 1985 et dispose d'une série d'autres textes législatifs pour opérationnaliser l'accès aux femmes à leurs droits sans discrimination. Force est de constater que « *la mère célibataire* » devrait jouir des mêmes droits consentis par la législature tunisienne à l'ensemble des femmes, et ce indépendamment de sa situation sociale et de son état civil et qu'aucun texte légal n'incrimine l'enfantement hors cadre du mariage. Toutefois, les mesures discriminatoires directes ou latentes entravent encore la mise en œuvre effective des droits des femmes et s'intensifient encore plus pour les femmes les plus vulnérables. *Les mères célibataires* constituent une des populations vulnérables les plus impactées par les dispositions et pratiques anticonstitutionnelles et stigmatisantes. Elles sont le plus souvent confrontées à une précarité multidimensionnelle ; sociale, psychique et économique et sont l'objet de stigmatisation et de maltraitance sociétale et institutionnelle qui accroissent encore plus leur fragilité. L'étude des besoins des femmes en situation de monoparentalité menée en Mai 2016 par Santé Sud auprès d'un groupe de « *mères célibataires* » dans les régions de Nabeul, Monastir et Sfax a indiqué une taxonomie de besoins et revendications de ces femmes non tenues en compte par le dispositif de prise en charge (besoins d'autonomisation, de ressources financières, de

logement, de ressources communautaires, d'accès à un service de santé de qualité, d'information et d'orientation, de soutien à la parentalité, d'assistance psychosociale, d'une offre de formation et travail flexible et adaptée, etc). Face à ce pattern de revendications, l'ensemble des intervenants, dénué d'outils institutionnels appropriés, adopte une approche par satisfaction des besoins les plus urgents. La question des droits est reléguée en seconde zone pour ne pas dire laissée pour compte. Ces intervenants, conscients des limites de leur service, estiment que leurs actions sont non satisfaisantes, fragmentées et ne s'inscrivent pas dans une démarche globale de prise en charge. La temporalité restreinte de l'accompagnement et l'inefficience des offres d'assistance contraignent ces femmes à se recroqueviller sur elles-mêmes, amplifiant ainsi leur fragilité et affectant les chances de leur autonomisation dans un contexte entaché par l'atteinte des droits. Ces violations et obstacles pour accéder aux droits minimaux, ainsi que la faiblesse et la discontinuité de la prise en charge socio-sanitaire pré- et postnatale constitue le facteur essentiel amenant à l'abandon de l'enfant.

Structures concernés

La complexité de la situation d'une « mère célibataire » exige la mobilisation de plusieurs intervenants, notamment les structures relevant du Ministère des Affaires Sociales, du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Intérieur, du Ministère de la Justice et du Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance. Ces efforts sont appuyés par d'autres intervenants : les acteurs de la société civile, notamment en impliquant « la mère célibataire » au processus de sa propre prise en charge et à la conception de son projet de vie.

Ce travail d'état des lieux concernera les structures suivantes :

Structures relevant du Ministère de la Justice	Structures relevant du Ministère de la Santé	Structures relevant du Ministère des Affaires Sociales	Structures relevant du Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance
Mère célibataire			
Structures relevant du Ministère de l'Intérieur	Structures relevant du Ministère de la Formation Professionnelle et de l'Emploi	Tissu Associatif	Famille de la mère et ressources communautaires

A ce titre, nous avons estimé utile de souligner le rôle imparti à ces structures, au fil des étapes de prise en charge de la mère célibataire, selon le moment de la prise en charge (pendant la grossesse et après l'accouchement), et selon le champ d'activité de chaque institution et les prestations qu'elle propose. Le travail s'attèlera également à présenter le cadre légal et réglementaire sur lequel s'établit la prise en charge de la mère célibataire, les prestations qu'elle reçoit et les pratiques professionnelles qui lui sont associées.

Cadre méthodologique

Eviter le recours à une protection de remplacement, surtout pour les nouveau-nés, constitue un principe directeur en matière de politique sociale dans le champ de la protection de l'enfance. Selon les recommandations des lignes directrices pour la protection de remplacement, l'évitement au recours à une protection de remplacement devra passer par la mise en place de politiques familiales et socio-sanitaires qui promeuvent la protection parentale et préviennent la séparation des familles. Par conséquent les axes d'investigation, dans ce travail d'état des lieux, auront pour objectif des recenser l'existant en matière de :

- politiques publiques et programmes sociaux visant à soutenir les familles en générale, les familles monoparentales en particulier et les mères célibataires spécifiquement dans leurs responsabilités à l'égard de leur enfant et à promouvoir le droit de l'enfant d'entretenir une relation avec ses deux parents. De telles politiques existent-elles ? Est qu'elles s'attaquent aux causes profondes qui expliquent qu'un enfant soit abandonné, confié à un tiers ou séparé de sa famille ? Est qu'elles garantissent le droit à l'accès à un logement convenable et à des soins de santé de base et le droit à l'éducation et à la sécurité sociale ainsi que la mise en œuvre effective de mesures de lutte contre la pauvreté, la discrimination, la marginalisation, la stigmatisation et la violence ?

- Apprécier la cohérence et l'harmonisation des politiques familiales et sociales et du cadre législatif en matière de renforcement et d'accompagnement des mères célibataires avec la constitution et les conventions internationales ratifiées.

- Recenser les mesures existantes pour empêcher que les enfants soient abandonnés, confiés ou séparés de leurs mères ou leurs parents le cas échéant. Est-ce que les politiques et les programmes sociaux permettent aux familles monoparentales et aux parents célibataires d'acquérir les comportements, les compétences, les capacités et les outils nécessaires pour veiller comme il se doit à la protection, à la prise en charge et au développement de leurs enfants ? La complémentarité des compétences et prestations du service public et de la société civile permet-elle de mettre en place, en faveur de « *la mère célibataire* », des mesures de protection sociale incluant :

a) Des services de renforcement pour les familles vulnérables et notamment en situation de monoparentalité, comme par exemple un accompagnement à la parentalité, une guidance parentale ou une médiation familiale, la promotion des relations positives entre parents et enfants, le développement des compétences de règlement des conflits, des possibilités d'emploi, des sources de revenus et, le cas échéant, l'offre d'une assistance sociale ;

b) Des services sociaux de soutien tels que la mise à disposition de crèches, des services de médiation et de conciliation, une assistance financière, et des services d'accueil parents-enfants. Ces services devraient être directement accessibles au niveau local et reposer sur la participation active des familles en qualité de partenaires, en conjuguant leurs ressources avec celles de la communauté et de la personne qui s'occupe de l'enfant ;

c) Des politiques et programmes destinés aux jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive ?

- Identifier les prestations et les pratiques existantes pour soutenir les femmes en situation de monoparentalité, telles que des visites au domicile, des réunions en groupe avec d'autres familles, le relais communautaires, les services de proximité, etc. Tout ce qui pourrait faciliter les relations au sein de la famille, la médiation contre le rejet et la stigmatisation et à promouvoir l'intégration de la femme en situation de monoparentalité dans la communauté.

- Identifier les possibilités de garde journalière et des services de prise en charge ponctuelle, afin de permettre aux parents isolés de mettre en place un projet d'insertion socio-économique.

- Relever de manière systématique les critères adaptés par les professionnels pour évaluer la situation de l'enfant et de la famille, y compris l'aptitude réelle et potentielle de la famille à s'occuper de l'enfant dans les cas où l'autorité ou l'autorité compétente a des raisons suffisantes de croire que le bien-être de l'enfant est menacé.

- Lister les mesures pour protéger et garantir intégralement les droits pendant la grossesse, à la naissance et pendant la période d'allaitement afin d'assurer des conditions de dignité et d'égalité pour le déroulement adéquat de la grossesse et les soins apportés à l'enfant. En conséquence, les futurs mères et pères, en particulier les parentalités « hors-mariages », qui ont des difficultés dans l'exercice de leurs responsabilités parentales,

bénéficient-ils de programmes de soutien ? Ces programmes permettent-ils de donner aux mères et aux pères les moyens d'exercer leurs responsabilités parentales dans des conditions de dignité, et d'éviter que les parents soient conduits à confier leurs enfants en raison de leur vulnérabilité ?

- Identifier les pratiques existantes lorsque le parent s'adresse à une structure publique ou associative, dans le but de confier l'enfant de façon permanente. Le dépositaire des demandes d'abandons finales veille-t-il à ce que le parent soit conseillé et reçoive un soutien social pour l'encourager et lui permettre de continuer à s'occuper de l'enfant ?

- Identifier les dispositifs professionnels existants en matière d'accompagnement et de prise en charge ? Ces dispositifs sont-ils formalisés ? Leur efficacité a-t-elle été étudiée ?

Ces axes d'investigation auront pour objectif d'identifier, à chaque étape (pendant la grossesse et après l'accouchement) et au sein de chaque structure, les droits minimaux qui doivent être reconnus par la législation et les pratiques professionnelles aux « *mères célibataires* », l'accent sera mis sur la protection des droits économiques et sociaux et l'étude examinera chacun de ces droits à la lumière du cadre législatif national et des instruments internationaux pertinents. L'objectif étant d'aboutir à un état des lieux de l'existant, de définir d'une manière collective un cadre de référence en matière de qualité pour une prise en charge de « la mère célibataire » respectant ses droits et palliant aux risques d'abandon de l'enfant, et d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

La démarche processuelle de ce travail consistera en une revue systématique et une analyse critique de l'existant en matière de cadre juridique, de politique publique, de programmes, de services, de prestations, de documents, de pratiques en faveur de l'accompagnement des « *mères célibataires* ». Sur le plan opératoire, cette étape s'appuiera en premier lieu sur un travail de recherche documentaire qui permettra de collecter l'ensemble des politiques publiques, des cadres législatifs, programmes nationaux et instruments internationaux existants. A partir des éléments recueillis un cadre évaluatif sera construit et nourrira les guides d'entretien, les guides d'animation et les grilles d'observations qui seront utilisés lors des entretiens individuels, des focus groups et des observations de situations professionnelles auprès d'un échantillon de décideurs, de professionnels de terrain, d'acteurs associatifs, d'acteurs communautaires et de bénéficiaires (mères, familles). Ce temps d'investigation sera suivi par un temps de synthèse et de rédaction d'un rapport présentant l'état des lieux de l'existant, une analyse des écarts et une première formalisation de recommandations de bonnes pratiques (RBP). Ensuite une restitution du rapport et de la première version des RBP lors d'un séminaire de consensus regroupant décideurs et professionnels. Ce temps en grand groupe aura pour objectif un travail de cotation et d'amendement des RBP. A la suite du séminaire une réunion du groupe technique se tiendra afin de dépouiller et discuter des résultats du séminaire de consensus, et ensuite rédiger collectivement d'une deuxième version des RBP. Cette deuxième version des RBP sera soumise à des experts nationaux et internationaux pour lecture et commentaire. En dernier étape, élaboration de la dernière version des RBP et soumission pour validation à l'instance de gouvernance pluri-acteurs du projet.

Présentation opérationnelle du mode opératoire, des résultats et des recommandations

Présentation succincte de l'objectif de l'état-des-lieux :

- Investiguer et comprendre les dynamiques de protection / de fragilisation des femmes en situation de monoparentalité, afin d'examiner les processus sociaux, économiques et politiques générant et entretenant les discriminations au niveau de leur accès aux prestations, services, aides, opportunités, etc.
- Co-construire un cadre de référence partagé pour la protection sociale des parentalités vulnérables.
- Elaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour l'accompagnement des femmes en situation de monoparentalité et la prévention du délaissement parental.

Présentation succincte du mode opératoire :

Une analyse en trois composantes :

1. Analyse comparative du cadre législatif sur la protection sociale de la famille et des parentalités vulnérables :
 - Collecte et analyse documentaire de l'ensemble des textes nationaux et transnationaux (Conventions et protocoles ratifiés, codes, lois circulaires, etc.).
 - Lecture critique et comparative de la législation portant sur la promotion des droits familiaux et la protection sociale des familles.
2. Analyse des récits de vie des femmes en situation de monoparentalité :
 - 45 entretiens individuels répartis de la manière suivante :
 - 15 entretiens avec des femmes primigestes.
 - 15 entretiens avec des femmes qui ont maintenu la garde de leur enfant.
 - 15 entretiens avec des femmes qui n'ont pas maintenu la garde de leur enfant.
 - 3 focus groups (05 à 10 femmes par groupe).
 - Entretien semi-directif standardisé : The Life Story Interview (Mc. Adams, 2008).
 - Analyse biographique et thématique du verbatim recueilli.
3. Analyse des prestations et des pratiques professionnelles :
 - Entretiens individuels avec les professionnels impliqués dans l'accompagnement direct des femmes en situation de monoparentalité (médecins, sages-femmes, travailleurs sociaux, policiers, psychologues, délégués de la protection de l'enfance, juges, conseillers pour l'emploi, etc.).
 - Entretiens semi-directifs abordant les prestations fournies, les techniques utilisés, les outils et documents de référence, les formations, les perceptions sur la population accueillie, etc.
 - Entretiens avec les directeurs et les cadres des directions centrales et régionales responsables de la programmation et la mise en œuvre des programmes en faveur des femmes en situation de monoparentalité.
 - Entretiens semi-directifs abordant les politiques publiques, les programmes et les activités existants, les lois et les textes de référence, les orientations actuelles, les statistiques, etc.
 - Analyse thématique du verbatim recueilli.

Présentation succincte des résultats :

1. L'analyse du cadre législatif :

La protection sociale de la famille dans le contexte transnational :

- Déclaration Universelle des droits de l'Homme (1948)
 - Article 16. « *La famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'Etat.* »
 - Article 25. « *La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.* »
- Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels (1966)
 - Article 10. « *une protection et une assistance aussi larges que possible doivent être accordées à la famille, qui est l'élément naturel et fondamental de la société, en particulier pour sa formation et aussi longtemps qu'elle a la responsabilité de l'entretien et de l'éducation d'enfants à charge (...) une protection spéciale doit être accordée aux mères pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants.* »

La protection sociale de la parentalité dans le contexte transnational :

- *Convention Internationale des Droits de l'Enfant (1989)*
 - *Article 5. « Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention. »*
 - *Article 18. « 1. Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.*

2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises. »

Vers une reconnaissance spécifique des formes vulnérables de la parentalité dans le contexte transnational : les familles monoparentales :

- *Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Caire, 1994)*
 - *Point 5.2. « Mettre au point des politiques et des lois qui apportent un meilleur appui à la famille, contribuent à sa stabilité et tiennent compte de son caractère polymorphe, en particulier du nombre croissant des familles monoparentales. »*
 - *Point 5.3. « Les pouvoirs publics, en coopération avec les employeurs, devraient fournir et promouvoir les moyens de concilier la vie active et les responsabilités parentales, en particulier dans le cas des familles monoparentales comprenant de jeunes enfants. Parmi ces moyens pourraient figurer l'assurance maladie et la sécurité sociale, l'aménagement de garderies et de locaux d'allaitement sur les lieux de travail, la création de jardins d'enfants, les emplois à temps partiel, les congés parentaux rémunérés, les horaires mobiles de travail et les services de santé infantile et en matière de reproduction. »*
 - *Point 5.6. « Les gouvernements devraient maintenir et renforcer des mécanismes permettant de consigner les modifications de la composition et de la structure de la famille, d'effectuer des études dans ce domaine, notamment sur la prédominance des ménages d'une personne ainsi que sur les familles monoparentales et multigénérationnelles. »*
 - *Point 5.13. « Les pouvoirs publics devraient aider les familles monoparentales et accorder une attention spéciale aux besoins des veuves et des orphelins. Tout le possible doit être fait pour contribuer à la formation de liens de caractère familial dans les conditions particulièrement difficiles, par exemple dans le cas des enfants des rues. »*

La prévention de la séparation Parent – Enfant dans le contexte transnational :

- *Convention Internationale des Droits de l'Enfant (1989)*
 - *Article 9. « Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré (...) »*
- *Lignes Directrices Relatives à la Protection de Remplacement pour les Enfants (2009)*
 - *Article 3. « La famille étant la cellule fondamentale de la société et le contexte naturel de la croissance, du bien-être et de la protection des enfants, les efforts devraient en priorité viser au*

maintien ou au retour de l'enfant auprès de ses parents ou, le cas échéant, d'autres membres de sa famille proche. L'État devrait veiller à ce que les familles aient accès à des formes de soutien dans leur rôle d'éducation »

- Article 9. « *Dans le cadre des efforts visant à éviter que les enfants soient séparés de leurs parents, les États devraient prendre des mesures adaptées et culturellement appropriées pour :*
 - a) *Soutenir dans leur fonction d'éducation les familles dont les capacités sont limitées par des facteurs comme le handicap, la toxicomanie et l'alcoolisme, la discrimination à l'égard des familles appartenant à des communautés indigènes ou à des minorités ou encore le fait de vivre dans des régions de conflit armé ou sous occupation étrangère ;*
 - b) *Offrir une prise en charge et une protection appropriées aux enfants vulnérables comme les enfants victimes de violence et d'exploitation, les enfants abandonnés, les enfants vivant dans la rue, les enfants nés hors mariage, les enfants non accompagnés ou séparés de leur famille, les enfants déplacés à l'intérieur du territoire ou réfugiés, les enfants de travailleurs migrants, les enfants de demandeurs d'asile et les enfants vivant avec le VIH/sida ou d'autres maladies graves ou affectés par ces maladies. »*
- Article 10. « *Des efforts particuliers devraient être faits pour lutter contre la discrimination fondée sur le statut de l'enfant ou de ses parents, pour quelque motif que ce soit, y compris la pauvreté, l'appartenance ethnique, la religion, le sexe, le handicap physique ou mental, le VIH/sida ou une autre maladie grave aussi bien physique que mentale, la naissance hors mariage, la stigmatisation socioéconomique, et toutes les autres situations ou statuts pouvant conduire les parents à confier ou à abandonner l'enfant ou donner lieu au retrait de l'enfant à ses parents. »*
- Article 32. « *Les États devraient adopter des politiques visant à soutenir les familles dans leurs responsabilités à l'égard des enfants et à promouvoir le droit de l'enfant d'entretenir une relation avec ses deux parents. Ces politiques devraient s'attaquer aux causes profondes qui expliquent qu'un enfant soit abandonné, confié à un tiers ou séparé de sa famille en garantissant, entre autres, le droit à l'enregistrement des naissances, l'accès à un logement convenable et à des soins de santé de base et le droit à l'éducation et à la sécurité sociale ainsi que la mise en œuvre de mesures de lutte contre la pauvreté, la discrimination, la marginalisation, la stigmatisation, la violence, les mauvais traitements et les abus sexuels à l'égard des enfants, et la toxicomanie. »*
- Article 33. « *Les États devraient élaborer et appliquer des politiques cohérentes et complémentaires, axées sur la famille, pour promouvoir et renforcer l'aptitude des parents à s'occuper de leurs enfants. »*
- Article 34. « *Les États devraient mettre en œuvre des mesures efficaces pour empêcher que les enfants soient abandonnés, confiés ou séparés de leurs parents. Des politiques et des programmes sociaux devraient, entre autres, permettre aux familles d'acquérir les comportements, les compétences, les capacités et les outils nécessaires pour veiller comme il se doit à la protection, à la prise en charge et au développement de leurs enfants. La complémentarité des compétences de l'État et de la société civile, y compris les organisations non gouvernementales et communautaires, les chefs religieux et les médias, devrait être utilisée dans ce but. Ces mesures de protection sociale devraient inclure :*
 - a) *Des services de renforcement de la famille, comme des cours et sessions de parentalité, la promotion des relations positives entre parents et enfants, le développement des compétences de règlement des conflits, des possibilités d'emploi, des sources de revenus et, le cas échéant, l'offre d'une assistance sociale ;*
 - b) *Des services sociaux de soutien tels que la mise à disposition de crèches, des services de médiation et de conciliation, des traitements contre les dépendances, une assistance financière, et des services pour les parents et les enfants handicapés.*

Ces services, de préférence intégrés et non intrusifs, devraient être directement accessibles au niveau local et reposer sur la participation active des familles en qualité de partenaires, en

conjuguant leurs ressources avec celles de la communauté et de la personne qui s'occupe de l'enfant ;

c) Des politiques destinées aux jeunes, les préparant à faire face aux défis de la vie quotidienne de façon positive, notamment lorsqu'ils décident de quitter le foyer familial, et préparant également les futurs parents à prendre des décisions réfléchies sur leur santé sexuelle et procréative et à faire face à leurs responsabilités dans ce domaine. »

- *Article 35. « Plusieurs techniques et méthodes complémentaires, destinées à évoluer au cours du processus, devraient être utilisées pour soutenir les familles, telles que des visites au domicile, des réunions en groupe avec d'autres familles, des conférences exposant des cas particuliers, et la prise d'engagements par les familles concernées. Elles devraient viser à faciliter les relations au sein de la famille et à promouvoir l'intégration de la famille dans la communauté. »*
- *Article 36. « Il faudrait prêter une attention particulière à la fourniture et à la promotion de services d'assistance et de soins pour les parents seuls ou adolescents et leurs enfants, qu'ils soient nés ou non dans le mariage. Les États devraient veiller à ce que les parents adolescents conservent tous les droits inhérents à leur statut, en tant que parents et en tant qu'enfants, notamment le droit d'accéder à tous les services nécessaires à leur propre développement, aux allocations auxquelles les parents ont droit, et à la protection de leurs droits de succession. Des mesures devraient être adoptées pour protéger les adolescentes enceintes et garantir qu'elles n'interrompent pas leurs études. Des efforts devraient également être entrepris pour atténuer la stigmatisation à laquelle sont confrontés les parents seuls ou adolescents. »*
- *Article 38. « Les États devraient offrir des possibilités de garde journalière, y compris la prise en charge par l'école toute la journée, et des services de prise en charge ponctuelle, afin de permettre aux parents de mieux s'acquitter de leurs responsabilités familiales, y compris des responsabilités supplémentaires inhérentes à la prise en charge d'enfants ayant des besoins spéciaux. »*
- *Article 39. « Il faudrait mettre au point et appliquer de manière systématique des critères adaptés, fondés sur des principes professionnels solides, pour évaluer la situation de l'enfant et de la famille, y compris l'aptitude réelle et potentielle de la famille à s'occuper de l'enfant dans les cas où l'autorité ou l'agence compétente a des raisons suffisantes de croire que le bien-être de l'enfant est menacé. »*
- *Article 40. « Les décisions concernant le retrait ou la réintégration de l'enfant devraient se fonder sur cette évaluation et être confiées à des professionnels formés et qualifiés, au nom de l'autorité compétente ou avec son consentement, en consultation avec toutes les parties concernées et compte dûment tenu de la nécessité d'envisager l'avenir de l'enfant. »*
- *Article 41. « Les États sont encouragés à adopter des mesures pour protéger et garantir intégralement les droits pendant la grossesse, à la naissance et pendant la période d'allaitement afin d'assurer des conditions de dignité et d'égalité pour le déroulement adéquat de la grossesse et les soins apportés à l'enfant. En conséquence, les futurs mères et pères, en particulier les parents adolescents, qui ont des difficultés dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, devraient bénéficier de programmes de soutien. Ces programmes devraient avoir pour objectif de donner aux mères et aux pères les moyens d'exercer leurs responsabilités parentales dans des conditions de dignité, et d'éviter que les parents soient conduits à confier leurs enfants en raison de leur vulnérabilité. »*
- *Article 44. « Lorsque l'un des parents ou le tuteur légal s'adresse à une agence ou institution publique ou privée, dans le but de confier l'enfant de façon permanente, l'État devrait veiller à ce que la famille soit conseillée et reçoive un soutien social pour l'encourager et lui permettre de continuer à s'occuper de l'enfant. Si ces efforts échouent, les travailleurs sociaux ou d'autres professionnels qualifiés devraient entreprendre un travail d'évaluation pour déterminer si d'autres membres de la famille souhaitent prendre en charge l'enfant de façon permanente, et si un tel arrangement serait dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Lorsqu'un tel arrangement est impossible*

ou n'est pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant, des efforts devraient être entrepris pour trouver un placement familial permanent dans des délais raisonnables. »

- Article 45. « *Lorsque l'un des parents ou la personne chargée d'élever l'enfant s'adresse à une agence ou institution publique ou privée pour confier l'enfant pour une période courte ou indéfinie, l'État devrait veiller à ce que la famille soit conseillée et reçoive un soutien social pour l'encourager et lui permettre de continuer à s'occuper de l'enfant. L'enfant ne devrait bénéficier d'une protection de remplacement qu'une fois que tous ces efforts ont été faits et uniquement s'il existe des raisons impératives et acceptables de prévoir une telle protection. »*
- Article 47. « *Toute décision visant à retirer un enfant à ses parents, contre la volonté de ces derniers, doit être prise par les autorités compétentes, conformément aux lois et procédures applicables et doit pouvoir faire l'objet d'un recours devant les tribunaux, les parents ayant le droit de faire appel et d'être représentés par un avocat. »*
- Article 155. « *Les organisations et les autorités devraient faire ce qui est en leur pouvoir pour éviter la séparation des enfants d'avec leurs parents ou les personnes qui s'en occupent, sauf dans les cas où l'intérêt supérieur de l'enfant l'exige. Elles devraient également veiller à ne pas inciter involontairement à la séparation des familles, en offrant des services et des avantages uniquement aux enfants isolés, plutôt qu'aux familles. »*
- Article 156. « *Il faudrait prévenir les séparations à l'initiative des parents de l'enfant ou d'autres personnes en ayant la charge :*
 - a) *En veillant à ce que tous les ménages aient accès à des aliments de base, à des médicaments et à des services comme l'éducation ;*
 - b) *En limitant le développement des options de placement en institution et en restreignant leur utilisation aux seules situations où elles sont absolument nécessaires. »*

La famille dans le droit tunisien : Méta-cadre juridique instituant le rôle, la fonction et la place de la famille dans la société

➤ Code du Statut Personnel (1956)

Un instrument juridique instituant dans le droit positif les normes qui cadrent la formation d'une famille et les rapports qui la régissent (le mariage, les obligations réciproques des époux, la garde, héritages, etc.)

- Constitution de la République Tunisienne (2014)
 - Article 7. « *La famille est la cellule de base de la société. Il incombe à l'État de la protéger. »*
- Lois en faveur de la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle
 - Code du travail tunisien (1966) : article 64. concernant le congé maternel et l'aménagement d'espace dédié à l'allaitement au sein de lieu du travail.
 - Loi n° 2006-58 du 28 juillet 2006, instituant un régime spécial de travail à mi-temps avec le bénéfice des deux tiers du salaire au profit des mères.
- Loi en faveur du renforcement du lien familial
 - Loi n° 2010-50 du 01/11/2010 : relatif à l'établissement de l'institution du conciliateur familial dans les conflits du statut personnel
- Loi garantissant une sécurité financière pour la femme divorcée et ses enfants
 - Loi n° 93-65 du 05/07/1993 : portant création d'un fonds de garantie de la pension alimentaire et de la rente de divorce
- Loi garantissant les droits civils de l'enfant de parents biologiques inconnus
 - Loi n° 2003-51 du 07/07/2003 : modifiant et complétant la loi no 98-75 du 28 octobre 1998 relative à l'attribution d'un nom patronymique aux enfants abandonnés ou de filiation inconnue
- Loi pour la protection de la maternité des femmes détenues enceintes

- Loi n° 2008-58 du 04/08/2008 : relatif à la mère détenue enceinte et allaitante

2. L'analyse des récits de vie des Femmes en situation de monoparentalité :

- **L'annonce de la grossesse : Honte, errance et terreur d'exister face à l'avènement du « non-désiré »** « *Quand j'ai su que je ne pouvais plus avorter, j'ai tout de suite pensé au suicide, ensuite je me suis enfouie, j'ai peur* »
- **Le temps de la gestation : traversée traumatique et effritement du tissu social** « *Je passe la journée à ruminer cette histoire, je n'arrive pas à penser à autre chose, la nuit je pleure dans mon sommeil, j'étouffe, les gens sont sans pitié, j'ai tout perdu, cette histoire m'a anéanti* »
- **L'urgence d'accéder à des dispositifs d'éducation sexuelle et reproductive** « *Je suis encore vierge et à l'hôpital le médecin m'a dit que comme je vais accoucher par césarienne, je resterai vierge, j'ai dit ça à ma mère mais elle ne m'a pas cru* »
- **Soutien à la parentalité, bien souvent une nécessité** « *Mon fils je l'ai aimé dès que je l'ai pris dans mes bras, je l'ai gardé avec moi contre la volonté de ma famille, et j'ai dû trimer pour le faire vivre, mais je n'ai jamais su comment m'y prendre avec lui, aujourd'hui il est en prison et c'est à cause de moi* »
- **Une stigmatisation banalisée** « *comme je suis cas social, la dame à l'hôpital m'a dit que je dois toujours passer par elle pour que le médecin m'examine* »
- **Une lutte continue pour subsister et préserver un équilibre précaire, un cercle vicieux** « *Vous voyez dans ce groupe, on a tous le même problème, c'est celui de pouvoir nourrir nos enfants et payer nos loyers, comme personne ne nous aide, on accepte toutes les propositions qui nous arrivent, les bonnes et les moins bonnes, si vous voyez e que je veux dire* »

3. L'analyse des pratiques professionnelles :

- Une prise en charge orientée vers l'institutionnalisation et une absence de dispositif d'accompagnement à la prévention de l'abandon
 - 3 enfants sur 4 placés dans les unités de vie des régions visitées est en situation de délaissement parental.
 - Absence de structures dédiées d'accompagnement à la parentalité.
 - Accompagnement de la mère en milieu ouvert et les interventions aux domiciles restent faibles.
 - Une représentation chez les professionnelles des femmes en situation de monoparentalité marquée par la stigmatisation.
 - Besoin de formation.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

1. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour l'accompagnement des femmes enceintes isolées (FEI) dans les divisions et unités locales de promotion sociale :

1.1. Organiser un accueil respectueux et sans jugement :

Les modalités d'accueil contribuent à proposer aux personnes accueillies un appui sécurisant, pour cela il est recommandé de :

- Proposer un accès rapide à un espace privatif et anonyme.
- Inviter la personne à raconter son récit de vie, sans la brusquer, ni la forcer et en la soutenant dans les moments difficiles de sa narration.
- Écouter la personne avec respect, sans émettre d'avis ou de jugement.
- Veiller à être dans une posture de réceptivité conviviale et cordiale.
- Proposer les informations sur les modalités de prise en charge.
- Favoriser le choix libre et éclairé, et l'autonomisation de la personne.

1.2. Mettre en place un accompagnement social facilitant l'accès aux droits et la participation de la personne :

La situation des femmes enceintes isolées est souvent corrélée à des stigmatisations et à des difficultés à accéder à leurs droits sanitaires et socio-économiques, il est recommandé d'orienter l'accompagnement des assistants sociaux selon une démarche basée sur les droits humains en :

- Formant l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de ce public à l'approche droit et aux techniques spécifiques de la relation d'aide et de la médiation.
- Désignant un assistant social référent chargé de l'accompagnement de la personne.

1.2.1. **Dans le cas d'une demande d'avortement**, le professionnel social référent s'assurera de l'accès effectif à ce droit, pour cela il est recommandé de :

- Orienter la femme enceinte isolée vers une structure appropriée lorsqu'elle formule une demande d'avortement, en intégrant l'urgence et la temporalité.
- S'assurer, si les délais légaux sont encore favorables, que la personne suivie a pu accéder à son droit à l'avortement, le cas échéant intervenir auprès de la structure et orienter le plus rapidement possible la femme vers une association d'aide aux femmes vulnérables.

1.2.2. **Dans le cas où la grossesse est maintenue**, le professionnel social référent s'assurera de l'accès de la femme aux prestations sanitaires adéquates, pour cela il est recommandé de :

- Informer la personne sur l'ensemble des prestations et des droits en matière de santé et de suivi de grossesse.
- Entreprendre les démarches nécessaires pour l'affiliation de la femme à la caisse nationale d'assurance maladie, et ce en fonction de la situation professionnelle de l'intéressée.
- Élaborer une note d'orientation à destination des structures de soins en vue de permettre à la femme enceinte isolée de bénéficier de soins gratuits ou à tarifs réduits.
- Orienter la femme enceinte isolée, accompagnée de la note d'orientation, vers le professionnel social relevant de la structure sanitaire partenaire (hôpital, centre de maternité, etc.) afin d'assurer le suivi de sa grossesse.
- Sensibiliser la femme enceinte isolée sur la nécessité faire le suivi de grossesse.

1.2.3. **En ce qui concerne le devenir de l'enfant**, il est recommandé de :

- Informer la future mère sur l'ensemble des procédures et des droits concernant son enfant.
- Sensibiliser la femme enceinte isolée sur l'importance d'identifier le père biologique, s'il est connu, pour le devenir de son enfant.
- Sensibiliser la femme sur l'intérêt pour le devenir de l'enfant de grandir auprès d'elle et des possibilités de la soutenir dans sa fonction parentale.
- Sensibiliser la mère sur les effets du placement institutionnel sur le développement de l'enfant.

1.2.4. **Dans le cas de perte des liens sociaux et familiaux**, il est recommandé restaurer ces liens en :

- Assurant, si la personne le souhaite, un travail médiation avec le père biologique présumé pour tenter de régulariser la situation avant tout pourvoi en justice.
- Assurant, si la personne le souhaite, un travail de médiation avec les membres de la famille.
- Assurant, si la personne le souhaite, un travail de médiation communautaire.
- Identifiant, avec la femme accompagnée, des personnes ressources et en les intégrant dans le dispositif d'accompagnement.

1.2.5. **Dans le cas où la femme enceinte isolée est sans hébergement**, il est recommandé de :

- Etablir une cartographie des structures d'hébergement provisoire publiques et associatives locales, régionales et nationales et d'entretenir un échange régulier avec elles.
- Formaliser et systématiser un dispositif d'aide au logement social avec le gouvernement et les délégations.
- Explorer les pistes d'un hébergement provisoire au sein de la communauté (membres de la famille de la personne, voisins, familles d'accueil, etc.)

- Si la piste d'un hébergement provisoire au sein de la communauté est concluante, assurer un suivi régulier auprès de la famille afin de prévenir les éventuelles situations de crises.
- Si la piste d'un hébergement provisoire au sein de la communauté n'est pas concluante, rédiger une note d'orientation en vue de diriger la personne vers la structure publique ou associative à même de lui proposer une protection et un accueil provisoire jusqu'à l'accouchement.
- Contacter les structures concernées afin de s'assurer de la disponibilité d'une place d'accueil.
- Orienter la personne, accompagnée de la note d'orientation, vers la structure ayant une disponibilité d'accueil.

1.2.6. **Dans le cas où la femme enceinte isolée est menacée** et / ou victime d'atteintes à son intégrité physique et / ou morale (violences physiques, sexuelles, harcèlements, menace de mort, etc.), il est recommandé de :

- Informer la personne concernée sur les mécanismes de protection judiciaire existants, lui expliquer la démarche à suivre, et l'orienter, si elle le souhaite, vers les services de police.
- Etablir une cartographie des ressources publiques et associatives locales, régionales et nationales en matière de prestation de service pour les femmes victimes de violences.
- Rédiger une note d'orientation en vue de diriger la personne vers la structure publique ou associative pouvant la prendre en charge.
- Contacter les services concernés afin de s'assurer de leur disponibilité à prendre en charge la situation.
- Orienter la personne, accompagnée de la note d'orientation, vers le service disponible pour la prendre en charge.

1.2.7. **Dans le cas où la femme enceinte isolée est sans ressources financières**, il est recommandé de :

- Faciliter l'accès de la femme enceinte isolée aux différentes aides permanentes ou occasionnelles, en nature et en numéraire, en fonction de ses besoins et de sa situation sociale.
- Orienter la femme enceinte isolée vers les centres de formation professionnelle (publiques, privés ou relevant de certaines associations), pour s'y inscrire et bénéficier d'une formation.
- Orienter de la femme enceinte isolée vers les bureaux de l'emploi et du travail indépendant pour s'inscrire et chercher du travail en fonction de ses compétences.
- Orienter la bénéficiaire vers les structures associatives d'aide à l'insertion socio-économique et professionnelle.

1.2.8. **Si la femme enceinte isolée est mineure**, il est recommandé de :

- Procéder à un signalement auprès du délégué de protection de l'enfance.

2. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour l'accompagnement des femmes enceintes isolées (FEI) par les associations du RAET ou les associations de soutien aux femmes vulnérables :

Développer un dispositif d'accompagnement ambulatoire dédié aux femmes enceintes isolées et aux familles monoparentales et cela en :

- 2.1. Anticipant et organisant l'accueil des femmes enceintes isolées et des familles monoparentales, pour cela il est recommandé de :
 - Informer les partenaires régionaux des prestations proposées par le dispositif (diffusion de support de communication, rencontres régulières des partenaires, etc.).
 - Etablir des conventions de partenariat autour de ce dispositif d'accompagnement avec les directions concernées du ministère des affaires sociales et du ministère de la femme, de la famille et de l'enfance.
 - Participer aux commissions régionales chargées du suivi de ce public.
 - Veiller à l'effectivité des compétences des salariés et des bénévoles notamment sur les connaissances spécifiques relatives au public accueilli.
- 2.2. Appuyant la femme enceinte isolée dans ses démarches de soins et faciliter son accès à ces droits sanitaires, pour cela il est recommandé de :
 - Désigner une accompagnatrice référente ayant un rôle de suivi et de facilitation de l'accès aux prestations sanitaires.

- Accompagner la femme enceinte vers une institution de santé lorsqu'elle formule sa volonté de se faire avorter et que les délais légaux sont encore favorables et faciliter son accès à son droit d'avorter.
 - Assurer des sessions d'éducation à la santé périnatale, sexuelle et reproductive.
 - Soutenir, autant que nécessaire, la femme enceinte afin d'assurer un suivi de grossesse régulier.
 - Prendre en charge, autant que possible, les frais des analyses et examens non-couverts et nécessaires au suivi de grossesse.
- 2.3. Accompagnant et soutenant l'inclusion communautaire de la femme enceinte isolée en proposant un accompagnement centré sur l'accès à l'hébergement et à l'emploi, pour cela il est recommandé de :
- Repérer dans l'environnement de l'unité de vie des solutions d'hébergement social, d'hébergement provisoire, ou d'hébergement de longue durée.
 - Développer des expériences pilotes d'hébergement transitoire assisté.
 - Développer une gamme de prestations d'aide au domicile afin de soutenir l'accès à l'hébergement.
 - Sensibiliser les partenaires locaux de la formation et de l'insertion professionnelle sur les spécificités de l'accueil et l'accompagnement des femmes enceintes isolées dans l'accès à la formation et à l'emploi.
 - Recueillir les attentes et les besoins de la personne en matière d'emploi et de formation et en identifiant avec elle les démarches déjà réalisées ou en cours et, s'ils existent, les professionnels intervenant dans son accompagnement socioprofessionnel.
 - Assurer l'orientation et, le cas échéant, l'accompagnement de la personne vers les professionnels partenaires.
- 2.4. Préparant et soutenant la femme enceinte isolée dans sa fonction parentale, pour cela il est recommandé de :
- Former un professionnel dédié aux techniques de soutien à la fonction parentale.
 - Eduquer la femme enceinte isolée sur la construction des liens familiaux et les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir.
 - Développer les compétences parentales de la future mère sur la nutrition de l'enfant, la réalisation des gestes d'hygiène de base, la stimulation, la relation d'attachement, etc.
 - Développer les compétences personnelles de la future mère utiles dans la vie quotidienne comme faire face aux exigences d'un jeune enfant, prendre des décisions et résoudre des problèmes, avoir une réflexion critique, être en capacité de maîtriser son stress, solliciter de l'aide, etc.

Séquence 2. Etat des lieux du passage des Femmes enceintes isolées, femmes en situation de monoparentalité et enfants issus hors cadre du mariage dans les services de maternité et de pédiatrie

Présentation du contexte :

Le droit à la santé est institué à travers un cadre international normatif qui exige des pouvoirs publics d'élaborer des programmes et des dispositifs permettant aux individus de jouir du meilleur état de santé possible. Ces instruments devraient respecter une pléiade insécable de principes respectant la liberté de l'être humain à contrôler son propre corps, la préservation de son intégrité et l'accès à un système de protection de sa santé de qualité et sans aucune discrimination. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) stipule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale », ce qui a été repris dans l'article 25.1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'homme et l'article 12.1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels .

Dans l'exercice de ce droit, une attention accrue a été accordée aux inégalités de l'offre de soins touchant principalement les populations vulnérables, dont notamment les femmes subissant toute forme de précarité ou de discrimination. Les conventions internationales préconisent dans ce sens d'adopter des mesures spécifiques afin de prévenir la discrimination fondée sur le genre et de profiter des services de santé adaptées, accessibles et de qualité. Ainsi, l'article 12 de la CEDAW affirme que les états devraient prendre « toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y

compris ceux qui concernent la planification de la famille » et fournir « aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement ». Cette considération particulière à l'égard des femmes a été également formulée à travers l'article 25.2 de la Déclaration Universelle des Droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et sous-tend deux des objectifs du millénaire pour le développement (objectifs 3 et 5).

Il ressort de ces instruments un intérêt notable pour la santé des femmes, dont une immense partie concerne la santé sexuelle et reproductive et de fait la santé maternelle. Telle que définie par l'OMS, la santé sexuelle et reproductive implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé. La santé maternelle implique tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum.

Par extension, tous ces éléments sont inextricablement liés à la santé des enfants. Un environnement favorable à une maternité et un accouchement sans danger suppose impérativement un continuum de soins maternels, néonataux et infantiles sous-tendus par des programmes de soins procréatifs, de maternité et du nouveau-né permettant de respecter le droit de l'enfant à la survie, la croissance et le développement harmonieux. Cela est clairement stipulé dans l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant précisant qu'il incombe aux États parties d'« assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés » et de « développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale ». A défaut du respect de programmes de promotion de la santé de la mère et du nouveau-né, à travers l'instauration de pratiques de soin rudimentaires, discriminatoires, maltraitantes, etc, l'impact est d'autant plus marqué sur la situation de l'enfant, non seulement au niveau de son droit de survie et de développement mais également sur d'autres droits, notamment celui de grandir dans une famille. Le préambule de la Convention relative aux droits de l'enfant stipule que « Les états parties...reconnaissent que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension ». Plus précisément, et mettant de côté la qualité des soins médicaux accordés à la dyade mère-enfant, l'existence de pratiques discriminatoires, stigmatisantes, maltraitantes et abusives à l'égard de certaines femmes sur la base de leur situation matrimoniale ou économique, lors de leur passage dans les centres de maternité, est susceptible de favoriser la séparation de l'enfant de sa mère comme une suite logique des séquelles de ce traitement. Le cas de figure le plus illustratif est celui des mères célibataires dans les pays réprimandant la sexualité hors mariage qui, enclines à subir une maltraitance multifacettes dès leur grossesse, décident d'abandonner leurs enfants dès leur naissance afin de faire cesser le flot croissant de sévices. La violence et la discrimination subies au moment de l'accouchement, amplifient grandement un vécu de souffrance déclenché depuis l'annonce de la grossesse et d'angoisse quant aux corolaires de la garde de l'enfant. Cette situation, de part le fait qu'elle porte une atteinte grave aux droits les plus élémentaires des femmes, est fortement antinomique aux principes des lignes directrices de protection de remplacement soulignant l'obligation d'œuvrer dans une optique de prévention de l'abandon des enfants.

Problématique et enjeux

En dépit de sa brièveté, le temps de l'accouchement de la mère célibataire en Tunisie est souvent incommodant. Déjà fragilisée par un parcours traumatique et fastidieux et tourmentée par l'arrivée du bébé apportant la preuve de la transgression sexuelle auprès de la société, cette mère est sujette dans les centres de maternité, à de maintes mesures discriminatoires et agissements teintés de maltraitance, qui peuvent, de plus, toucher le nouveau-né. Dans une telle situation d'accouchement hors cadre de mariage, la question de l'accès à un traitement digne et respectant l'ensemble des droits humains de la mère et de l'enfant est reléguée à un second niveau malgré l'existence d'une série de dispositions supposée garantir la mise en application de mesures prévenant la violence et la discrimination à l'égard de la dyade mère-enfant. En effet, la Tunisie a ratifié la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) en 1985, le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels en 1969, la Convention relative aux droits de l'enfant en 1991 et promulgué le code du statut personnel en 1956 et le code de protection de l'enfant en 1995. La traduction de ces instruments en des mécanismes opérationnels garantissant le plein exercice des droits, notamment le droit à la santé, pour la mère et l'enfant est entravée par

de multiples lacunes au niveau de l'offre de soins, des pratiques cliniques et sociales et de l'organisation des soins qui contribuerait à court et à moyen-terme à favoriser l'abandon de l'enfant par sa mère. Cela a été relevé par l'étude des besoins des femmes en situation de monoparentalité menée par Santé Sud auprès d'un groupe de « mères célibataires » qui a fait ressortir un besoin considérable de briser le cercle de solitude et de souffrance d'emparant des mères lors de l'accouchement.

Généralement, la découverte de l'existence de la grossesse hors mariage par les services publics est faite au moment de l'accouchement. L'entrée de la mère célibataire dans la maternité enclenche ainsi un circuit officiel de prise en charge, rassemblant des procédures et mesures formelles et informelles, qui vise la paire mère-enfant. Ce circuit, quoique supposé soutenir la mère, se transforme souvent en un vecteur de stigmatisation, de préjugés à son égard à cause des regards réprobateurs, des violences verbales et physiques et des comportements maltraitants et discriminants. L'entrée en scène de la police judiciaire dont le rôle est de recueillir des informations sur le père, accroît la peur de la mère qui appréhende les poursuites judiciaires et les enquêtes policières et cherche souvent à dissimuler l'accouchement loin des yeux de la famille et des proches.

Par ailleurs, le nouveau-né hors cadre du mariage peut subir diverses formes de discrimination et de négligence dû à la fragilité de la situation de la mère ou à son absence en cas de fuite de la maternité ou en cas d'abandon réglementé. Cela s'ajoute, parfois, à un séjour prolongé à l'hôpital ne permettant point de garantir son développement dans les meilleures conditions et de lui assurer des soins individualisés. L'absence de textes de loi clairs et de dispositifs formalisés qui codifient une prise en charge de qualité et respectant les droits de l'enfant complexifient encore plus la tâche particulièrement en cas de saturation des unités de vie associatives pouvant accueillir l'enfant ou en cas de pathologie ou de déficit marqué nécessitant des soins spécifiques.

Il en ressort donc que le passage dans la maternité revêt un double intérêt : d'abord toute la dynamique de soins accordés à la mère favorisant ou non la garde de l'enfant et en deuxième lieu, le dispositif de prise en charge de l'enfant respectant ou non l'ensemble de ses droits et répondant ou pas à ses besoins les plus spécifiques. Le temps de l'accouchement constitue ainsi un maillon latent certes, mais incontournable dans la chaîne de la politique de protection de remplacement en Tunisie.

Cadre méthodologique

Structures concernées :

Les centres de maternité et de néonatalogie ainsi que les services de maternité dans les régions de Tunis, Ariana, Manouba, Bizerte, Nabeul, Sousse, Monastir, Mahdia, Sfax, Gabes, Médenine, Gafsa et Kairouan.

Les commissions d'établissement de la filiation de Tunis, Ariana, Manouba, Bizerte, Nabeul, Sousse, Monastir, Mahdia, Sfax, Gabes, Médenine, Gafsa et Kairouan.

Les commissions tripartites dans les régions de Tunis, Ariana, Manouba, Bizerte, Nabeul, Sousse, Monastir, Mahdia, Sfax, Gabes, Médenine, Gafsa et Kairouan.

Procédure

La méthodologie de l'élaboration de l'état des lieux du passage de la future mère célibataire à la maternité comprend plusieurs volets et étapes. Elle a pour objet d'investigation la maman et le nourrisson afin de tracer différents parcours se recouvrant et se bifurquant à plusieurs étapes.

- La mère :

1/ Une analyse documentaire des rapports, des dossiers, des programmes nationaux et régionaux et toute la bibliographie disponible concernant l'offre de soins dans les centres de maternité et de néonatalogie. Le but étant d'évaluer des indicateurs structurels reflétant la conformité des politiques, des programmes et des mécanismes institutionnels mis en place avec les instruments juridiques internationaux et nationaux adoptés par la Tunisie, des indicateurs de processus matérialisant les mécanismes déployés afin de concrétiser les engagements tenus en faveur des mères célibataires en pratique et des indicateurs de résultats rendant compte des résultats de l'exercice des droits (notamment le droit à la santé) en faveur des mères célibataires.

2/ Un focus group réunissant un échantillon des mères célibataires dans chaque région afin de pallier à la difficulté d'exercer une observation à l'intérieur des services de maternité. Ces réunions permettront de caractériser la série de mesures discriminatoires et maltraitantes à l'égard de ces femmes mais aussi de dégager des bonnes pratiques en termes de prévention de l'abandon dans chaque région.

2/ Un ensemble d'entretiens semi directifs avec les chefs de service, médecins, sages-femmes, gynécologues, paramédicaux, assistants sociaux, psychologues, etc. L'objectif étant de construire une cartographie descriptive des pratiques, des bonnes pratiques, des pratiques maltraitantes, des difficultés, des omissions et des potentialités à saisir. Il s'agit également d'apprécier la continuité des soins accordés à la mère par les différents acteurs.

3/ Une série d'entretiens avec les membres du comité tripartite afin de dresser le processus de prise en charge de la mère célibataire et le travail amorcé en termes de prévention d'abandon de l'enfant.

4/ Une série d'entretiens avec les membres de la commission d'établissement de la filiation afin de saisir l'ensemble des prestations fournies à la mère célibataire dans les centres de maternité et de néonatalogie et les difficultés rencontrées en relation avec la prévention de l'abandon et des services de soutien proposés.

5/ Une analyse des écarts entre les droits des mères célibataires, les prestations fournies à l'ensemble des femmes et les prestations fournies aux mères célibataires.

- Le nouveau-né :

1/ Analyse des documents, des rapports et des dossiers disponibles concernant la prise en charge des enfants nés hors cadre du mariage (Nombre/an, temps de séjour, taux de récupération par les mères, par les institutions, troubles médicaux fréquents, dispositifs de prise en charge intra muros, différents intervenants, etc)

2/ Une série d'entretiens semi-directifs avec les médecins, chefs de services, sages-femmes, pédiatres, paramédicaux, psychologues, etc afin de dégager une cartographie descriptive des pratiques, des bonnes pratiques, des pratiques maltraitantes, des difficultés, des omissions, des menaces et des potentialités à saisir.

3 /Une série d'entretiens faits avec les assistants sociaux, psychologues et les membres du comité tripartite ainsi que les membres de la commission d'établissement de la filiation afin de cartographier le processus de la récupération (par la mère) ou du placement de l'enfant.

4/ Une analyse des écarts entre les droits des enfants, les prestations fournies aux enfants et les prestations fournies aux enfants nés hors cadre de mariage. Cela permettra de repérer la dynamique des relations de maltraitance du nouveau-né, d'identifier les signes d'alerte, de vérifier l'existence de leviers de protection de l'enfant, de caractériser les formes et les contextes de maltraitance et de négligence, etc.

Cadre juridique

- Article 12 de la CEDAW : les états devraient prendre *toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille* » et fournir « *aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement* ».
- Article 10 alinéa 2 du PIDESC « Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent que : 2. Une protection spéciale doit être accordée aux mères pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants. Les mères salariées doivent bénéficier, pendant cette même période, d'un congé payé ou d'un congé accompagné de prestations de sécurité sociale adéquates ».
- Article 25.2 de la Déclaration Universelle des Droits de l'homme : La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.
- Article 38 de la constitution tunisienne: « Tout être humain a droit à la santé. L'Etat garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires au service à la sécurité

et à la qualité des services de santé. L'Etat garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu dans la loi ».

- Décret n° 98-409, datant du 18 février 1998, fixant les catégories des bénéficiaires des tarifs réduits de soins et d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques relevant du Ministère de la Santé ainsi que les modalités de leur prise en charge et les tarifs auxquels ils sont assujettis.
 - Article premier : Bénéficiaire des tarifs réduits de soins et d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques les personnes appartenant à une famille dont le revenu annuel ne dépasse pas :
 - o Un montant égal au salaire minimum inter professionnel garanti des différentes professions si le nombre de la famille ne dépasse pas 2 personnes.
 - o Un montant égal une fois et demi au salaire minimum inter professionnel des différentes professions si le nombre de la famille varie entre trois et cinq personnes.
 - o Un montant égal deux fois au salaire minimum inter professionnel des différentes professions si le nombre de la famille dépasse cinq personnes.
- Décret n° 98-1812, datant du 21 septembre 1998, fixant les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits.
 - Article deux : Le bénéfice de la gratuité des soins et de l'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques relevant du Ministère de la Santé est accordé à tout tunisien nécessiteux, à son conjoint et à ses enfants légalement à charge.

Constats généraux

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire 1994, a formulé une définition de la santé sexuelle et reproductive (SSR) fondée sur le droit de la personne humaine à l'information, à choisir le nombre d'enfants qu'elle désire avoir ainsi que la méthode contraceptive qu'elle veut adopter, à la maternité sans risque et à une sexualité responsable. Cette nouvelle vision marque une transition de la conception de la santé reproductive, en tant qu'un axe stratégique de développement, de la phase de la planification verticale centrée sur des politiques démographiques vers la phase des programmes basés sur les droits humains dont l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue la clé de voûte. L'objectif 5 du millénaire pour le développement (améliorer la santé maternelle) est articulé dans le même sens en préconisant d'œuvrer sur deux cibles : La réduction de la mortalité maternelle et l'accès universel à la santé reproductive.

Bien que l'engagement de la Tunisie dans le plan d'action de la CIPD n'ait pas abouti à une politique élaborée et des textes juridiques spécifiques, il a permis de construire un programme national de santé sexuelle et reproductive dont les priorités concernent principalement la lutte contre la mortalité maternelle, le VIH/SIDA, la prise en charge des jeunes et des adolescents, etc. D'une façon générale, même si la construction de ce programme était relativement sensible à certains besoins des populations vulnérables (précarité économique, milieu rural, éloignement géographique etc), il n'a intégré aucune entreprise visant la défense des droits sanitaires des femmes en situations de monoparentalité (FSM) en Tunisie. Ces dernières, souvent, contraintes à une superposition de problématiques sociales entravant, entre autres, leur accès à des soins de santé de qualité, qualifient par exemple l'expérience de l'accouchement comme un temps particulièrement incommode. La rudesse de cette épreuve ne constitue qu'un des maillons dans une chaîne indémêlable de problèmes et d'obstacles avant, pendant et après l'accouchement.

La prise en charge des FSM et de leurs enfants en Tunisie souffre d'un handicap majeur pour l'instauration d'une démarche qualité à savoir l'absence de dispositif d'accréditation des établissements de soins, qui s'avère une priorité pour que les performances réalisées ou souhaitées sortent du cadre des initiatives privées pour s'intégrer dans une démarche globale, méthodologique et surtout pérenne.

Prise en charge de la FSM à son arrivée à la maternité :

D'une façon générale, et sans qu'il y ait un protocole officiel, le circuit conventionnel de prise en charge des mères célibataires et, plus particulièrement, de son enfant se déclenche dès son entrée à l'hôpital. Ce circuit, loin

de représenter un protocole officiel d'accompagnement de cette population, regroupe un ensemble d'intervenants mais repose en grande partie sur le travail de l'assistant(e) social(e) de l'hôpital.

- L'accueil à l'hôpital :

Dans les cinq régions qu'on a visitées, la plupart des femmes enceintes hors cadre du mariage sont orientées ou prennent contact directement avec l'assistant(e) social(e) de l'hôpital afin de préparer les modalités de l'accouchement et de bénéficier de la gratuité des soins. Leur souci majeur s'articule autour de la dissimulation de leur statut matrimonial lors de leur passage dans la maternité. Certaines femmes s'adressent directement au bureau d'admission de l'hôpital, mais elles sont directement orientées à l'assistante sociale. Dans certaines structures sanitaires, les agents du bureau d'admission exigent la présentation d'un contrat de mariage, ce qui dissuade parfois les femmes à y rester et les pousse à chercher des alternatives dans des cliniques privées ou dans d'autres régions.

Même si l'assistante sociale de l'hôpital justifie l'exigence de la présentation du contrat de mariage par le besoin de repérer les futures FSM afin de prévenir d'éventuelles fuites, le recours à cette procédure entrave le droit de la patiente à l'accès aux services de santé. Cette mesure discriminatoire est généralement suivie par l'orientation de la femme au bureau de l'assistant(e) social(e). L'existence d'un livret d'accueil qui explique le fonctionnement de l'institution et les différents services, y compris celui de l'accompagnement social, pourrait certainement aider les femmes à bénéficier des services de l'assistante sociale sans le recours discriminatoire à des documents justifiant le statut marital de la patiente.

Par ailleurs, le temps d'accueil dans ces bureaux d'admission est frustrant pour ces femmes. En raison de plusieurs facteurs dont l'énormité du flux des bénéficiaires de soins dans les hôpitaux, l'absence de formation du personnel, le poids de l'attitude souvent désapprouvante, l'inexistence d'un cadre réglementaire ou organisationnel sur l'accueil de cette population, etc, l'accueil de ces femmes est dépersonnalisé, voire stigmatisant si la femme est suspecte de grossesse hors cadre du mariage.

- L'accompagnement social à l'hôpital :

La prise de contact avec l'assistant social de l'hôpital peut se faire durant les mois qui suivent la découverte de la grossesse, afin de bénéficier d'une interruption volontaire ou thérapeutique de la grossesse, ou lors de l'accouchement. Dans les trois régions, l'assistant(e) social(e) vérifie l'affiliation de la femme à un régime de couverture sociale. Si elle n'en dispose pas, il procède directement au remplissage d'un formulaire de gratuité de soins en faveur de la femme. A l'hôpital régional de Djerba, suite à une demande formulée par l'assistante sociale, la direction de l'hôpital a décidé de faire bénéficier toutes les femmes enceintes hors cadre de mariage de la gratuité des soins. A la région de Mahdia, cette exonération n'est pas systématiquement attribuée aux femmes enceintes hors cadre du mariage. Celles qui sont démunies d'un régime de couverture sociale, sont obligées de s'adresser à la division régionale de promotion sociale (DPS). L'assistante sociale de la DPS prend contact avec son homologue dans l'une des unités locales de promotion sociale en fonction du lieu de résidence de l'intéressée afin de mener une enquête sociale qui attestera de sa situation socio-économique. Si le moment de l'accouchement est imminent, la femme enceinte hors cadre du mariage peut se rendre à la maternité parallèlement au déroulement de ces démarches administratives.

La gratuité des soins est fournie à la mère dès son premier contact avec l'assistante sociale. Cette décision a pour objectif d'encourager ces femmes à effectuer leur suivi de grossesse, si le contact a été fait dès la découverte de la grossesse et à éviter les accouchements médicalement non assistés.

Force est de constater que malgré la forte implication de l'assistant(e) social(e) de l'hôpital dans ce volet d'accompagnement, il est plus que nécessaire de mobiliser de vraies cellules spécialisées dans l'encadrement de cette population. Sans aucune dimension stratégique, la prise en charge de la femme enceinte qui deviendra rapidement, une mère célibataire, repose essentiellement sur l'orientation et la transmission des données effectuées par l'assistant social qui constitue la quasi-totalité du dispositif opérationnel dans ce parcours de soin. Cet exercice ne peut précautionner un accès à des soins de qualité, un accompagnement soignant et social dans une visée de garantie d'offre de soins de droit commun et un partenariat institutionnel élargi. Dans ce sens, la prise en charge ne peut se détacher d'un cheminement holistique qui inclut des services auprès de la population

(accueil personnalisé, information sur les droits et les obligations, information sur les prestations, accompagnement dans le parcours de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution, etc), une grande interaction avec les professionnels de l'établissement (information des intervenants, fluidité de transmission des données, spécification de protocoles d'accompagnement, etc) et une forte connexité avec les partenaires extérieurs à l'hôpital (formalisation des partenariats, multiplication des échanges avec des acteurs publics, privés et associatifs, constitution de réseaux locaux de soutien aux mères célibataires, etc).

L'accompagnement social de la mère célibataire à l'hôpital doit s'opérer dans un continuum de soins temporel et spatial et disposer d'un ancrage communautaire et local solide. Le service social de l'hôpital pourrait travailler sur les ponts qui permettent une continuité de soins avant, pendant et après l'accouchement et mieux connecter l'éventail de l'offre de soins primaires, secondaires et tertiaires; sur la consolidation des liens avec des partenaires potentiels situés dans l'environnement communautaire de la mère, en plus de celui de l'hôpital; et sur le recours à d'autres services de soin afférents dans d'autres institutions ou à travers d'autres acteurs. Loin d'être multidimensionnelle, dans les trois régions, la prise en charge sociale des mères célibataires est partagée entre le service social de l'hôpital et celui de la Division régionale de promotion sociale (ainsi que les unités locales de promotion sociale). L'essentiel du travail s'articulant autour de la mère se concentre au moment de l'accouchement et se refocalise ensuite quasi-exclusivement sur l'enfant. L'offre de soins est démunie des potentialités de l'appui communautaire que peut fournir l'environnement de la mère (services municipaux, les associations généralistes de santé, les associations de défense des droits des femmes, les associations caritatives, etc). L'accompagnement social de la mère est centré sur l'accessibilité de la phase de l'accouchement en reléguant à une seconde zone toutes les problématiques sociales et sanitaires dont pourrait souffrir la mère (déficit du lien social, problèmes psychologiques, autres problèmes sanitaires non reliés à l'accouchement, etc).

L'assistant(e) social(e) effectue généralement son enquête sociale, l'insère dans un dossier administratif de la patiente qui sera ensuite transféré au service de la maternité en le spécifiant par un code ou par la mention « cas social ». Cet attribut est le vecteur d'une stigmatisation qui va occulter la notion de droit pour celui de besoin et de charité, ou à l'inverse, de dépréciation et de culpabilisation. La patiente acquiert provisoirement une nouvelle identité sociale axée essentiellement sur la déficience de son statut matrimonial et l'illégalité de sa sexualité. La dynamique de la prise en charge, quoique superficiellement implémentée par un circuit institutionnel relativement clair, peut subir certaines défaillances et amener à des pratiques stigmatisantes à cause de cette étiquette sociale. Ces failles s'intronisent subrepticement et animent à un niveau latent tout le parcours de soins. Au-delà de l'institution, du dispositif, le facteur humain a un poids considérable dans la logique de la prise en charge multiacteurs de cette population. Dès que l'expression de cas social est abordée, un ensemble de représentations sociales chargées d'inculpation, parfois de compassion, surgit. L'accueil à la maternité perd de sa chaleur, plusieurs acteurs s'immiscent dans la sphère privée de la femme en essayant soit de se construire le schéma du « péché », soit de récolter des « aveux » conduisant à la reconnaissance du père malfaiteur. La fluidité et la teneur du circuit de prise en charge deviennent dépendants des individus au sein du même dispositif. Certains se rendent mobilisateurs en facilitant la transmission des données et fournissant un soutien à la patiente et d'autres se limitent au strict minimum, voire même freinent ou entravent le processus de soins.

- La prise en charge à la maternité :

L'une des limites de ce travail est l'impossibilité de façonner une transcription fidèle au parcours de soins dans la maternité vu la difficulté de mener une observation directe dans le service et d'accéder à des données consignées et comptabilisées au sujet de cette population de femmes. Il y a par conséquent raison de croiser les paroles et de recourir à une simple analyse des pratiques professionnelles.

A un niveau institutionnel, le fondement déontologique des métiers des donneurs de soin ainsi que la sensibilité croissante au discours de respect des droits font que l'architecture de la prise en charge dans les différentes régions est conçue de façon à ce que les services de maternité se destinent à toute femme en situation de grossesse, sans ségrégation d'identité antérieure. Ainsi, abstraction faite de l'étiquetage administratif de cas social ou encore la nécessité de présenter un justificatif matrimonial, l'écorce réglementaire du fonctionnement de la maternité ne laisse présager aucune segmentation structurelle susceptible d'aiguillonner des pratiques discriminatoires. Demeurent encore l'organisation interne et les agissements au sein du service qui peuvent véhiculer des messages de dépréciation et de violence.

L'entrée de la femme enceinte hors cadre du mariage à la maternité se fait souvent discrètement. Elle est généralement installée dans l'une des chambres du service sans aucune mention particulière à son statut. A l'hôpital de Médenine, elle est généralement placée dans l'une des pièces éloignées de la sortie afin de la dissuader de la fuite. Selon l'urgence de l'accouchement, la mère bénéficie d'un ensemble d'exams (général, obstétrical et foetal) de la part de l'équipe pluridisciplinaire. Elle est également soumise à un dépistage systématique des MST.

- La question de la maltraitance des FSM dans les services de maternité

Outre les difficultés rencontrées par l'ensemble des femmes fréquentant les services publics de maternité (déficience des ressources humaines, manque de moyens matériels et financiers, etc), les FSM ont reporté plusieurs formes de maltraitance dans les maternités. Les focus group menés auprès d'un échantillon de ces femmes recensent essentiellement des agressions verbales, des négligences, des intrusions dans la vie privée et parfois même agressions physiques. S'ajoute à cela une organisation de soins souvent inadaptée à la spécificité de sa situation et qui ne tient pas compte d'autres problématiques de santé (toxicomanie, troubles psychologiques, etc).

Dans ce sens, il est difficile de dresser une liste exhaustive des différents actes témoignant d'une transgression des codes déontologiques ou entravant la relation de soins : certains agissements traduisant une intention de nuire et justifiant une sanction administrative ou pénale, peuvent se produire à n'importe quel moment du parcours de soins et par n'importe quel protagoniste. Cela implique la responsabilité de tous les travailleurs au sein des maternités qui en sont témoins et qui sont dans l'obligation d'assistance aux FSM notamment par le signalement.

D'autres agissements sont de l'ordre du manque de moyens ou de vigilance et relèvent pour partie de l'obligation de moyens partagée par les pouvoirs publics et le gestionnaire de l'établissement, pour partie de la responsabilité de l'encadrement en ce qu'il doit mobiliser les moyens disponibles et assurer les missions relevant de ses compétences.

D'autres actes encore sont sous-tendus par de l'insuffisance de compétence ou de la négligence des intervenants au contact des FSM. Sans qu'ils soient motivés par une volonté de nuire, ils engagent la responsabilité des personnels incriminés, qui peuvent encourir des sanctions disciplinaires.

D'autres actes, enfin, relèvent de la contention ou de la limitation de liberté pour assurer la protection de des FSM ou de son enfant (ex : empêchement de circuler librement dans le service, isolement durant les horaires des visites) et sont paradoxalement animés par un souci de bienveillance.

Ces formes potentielles de maltraitance se conjuguent avec un flou au niveau des traitements administratifs ou disciplinaires des plaintes des FSM. L'ensemble des professionnels ou encore les FSM n'ont pas une connaissance éclairée et partagée de la notion même de maltraitance, de ses différentes formes, des possibilités de recours, etc. Aucune session ouverte de sensibilisation n'a été mise en place dans les services de maternité, malgré la forte tension qui existe souvent entre les professionnels et les FSM.

L'absence d'une prise en charge personnalisée des nouveau-nés dans le service de pédiatrie

Si la mère émet son souhait d'abandonner provisoirement ou définitivement, son enfant est transféré au service de la pédiatrie. Le nouveau-né est accueilli jusqu'à son transfert à l'une des structures associatives ou à l'INPE. Ce temps peut s'étendre jusqu'à plus de deux mois en l'absence de places disponibles dans ces structures. Les services de pédiatrie ne sont pas organisés pour accueillir des nouveau-nés privés de leurs parents. Les actes de soins suivent une logique institutionnelle axée sur la répartition des tâches habituelles au sein du service et ne sont guère adaptés aux besoins développementaux de l'enfant. Aucune disposition de type familial n'est entreprise dans l'environnement de l'enfant. Par souci de non discrimination, ce dernier est placé au sein des autres enfants afin d'éviter tout étiquetage relatif à sa situation. Les relations avec les unités de vie associatives se limitent à l'organisation du transfert de l'enfant si une place se libère. La présence des assistantes maternelles de ces UVA se fait rare au sein des services de pédiatrie à cause de la non disponibilité de ces dernières et l'absence de partenariat formalisé entre les deux structures.

L'intégralité des professionnels au sein des services de pédiatrie souhaite limiter le temps de séjour de l'enfant au sein de ces services mais, plusieurs d'entre eux ne sont pas conscients des effets délétères du séjour institutionnel sur le développement de l'enfant. Par ailleurs, la circulation des informations entre les différents acteurs n'est pas assez formalisée : l'enfant peut être transféré avec des informations manquantes sur son état de santé, sa vaccination ou encore l'état de santé de la mère, particulièrement dans les week-ends et les jours fériés. Ces informations sont indispensables pour le suivi de la prise en charge de l'enfant.

Propositions de recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Sensibiliser et informer autour de la maltraitance des FSM au sein des hôpitaux

L'appropriation des risques et des facettes de la maltraitance, par les différents intervenants à l'hôpital, est la pierre angulaire de l'ensemble des dispositifs de prévention contre la maltraitance des FSM au sein des structures sanitaires. La terminologie « cas social », rattachée à la FSM dès son entrée à l'hôpital, est l'activatrice d'un champ stéréotypique et sémantique normatif souvent chargé de préjugés sociaux et moraux. L'éventuel ancrage de ces représentations dans la configuration de pratiques professionnelles, sans qu'il y ait un temps régulier de questionnements autour de leur impact, peut animer des conduites de maltraitance à l'encontre des FSM. Au-delà de la nécessité d'une prise de conscience de ce phénomène, il est, par ailleurs, indispensable d'amorcer une compréhension du risque de banalisation des phénomènes de maltraitance et du caractère subtil et latent qu'ils peuvent revêtir. En effet, la maltraitance intentionnelle n'est pas seule en cause. Les différentes autres formes des maltraitements comme celles par omission, par négation de la personne, ou rattachées à des rationnels institutionnels, peuvent s'installer de manière sournoise sans que les intervenants n'en soient réellement conscients. A cet égard, il est essentiel de rappeler que la maltraitance représente un risque consubstantiel et indissociable lors de la prise en charge des FSM souffrant souvent d'un parcours de vulnérabilité et de problématiques sociales. Le moment d'accouchement au sein de l'hôpital engendre de facto un risque de maltraitance additionnel puisque la position de dépendance patient / donneur de soin est amplifiée par l'arrivée du bébé, signe de « la transgression sociale ». Le temps de sensibilisation et d'information de la pléiade des professionnels au sein de la structure sanitaire est donc important au regard de la facilité d'instauration d'un rapport de domination entre des intervenants en possession de la l'autorité institutionnelle de et des femmes en situation de fragilité sociale. Ce volet revêt un intérêt double : la sensibilisation serait le premier rempart contre la violation des droits élémentaires de la femme mais permettra, en outre, une prise de conscience quant aux séquelles des mauvais traitements sur le devenir de l'enfant. L'existence de pratiques violentes et discriminatoires lors du passage à l'hôpital, amplifie fortement un vécu de souffrance déclenché depuis l'annonce de la grossesse et d'angoisse quant aux corolaires de la garde de l'enfant. Cette situation est susceptible de favoriser la décision d'abandon de l'enfant dès sa naissance afin de rompre avec ce parcours teinté de violence.

Enjeux et impacts :

- Le partage d'une réflexion enrichie sur les différentes formes de maltraitance et de discrimination que les FSM peuvent subir au sein de l'établissement sanitaire et les séquelles des pratiques maltraitantes sur la mère et l'enfant..
- Le renforcement du sens d'engagement et les principes d'éthique et de respect des droits chez les professionnels.

1. Sensibilisation des professionnels

- Mener une campagne de sensibilisation auprès des professionnels de l'hôpital afin d'avoir une compréhension partagée de la maltraitance des FSM et de ses différentes formes (physique, psychologique, médicale, matérielle, négligences, privation de droits, etc)
- Sensibiliser les professionnels autour des responsabilités qui leur incombent du repérage et du signalement de toute forme de maltraitance envers des FSM. La prévention de la maltraitance devrait par ailleurs être formalisée dans les supports organisationnels régissant la dynamique de soins.

- S'assurer du positionnement des différents intervenants de l'hôpital sur la question de la maltraitance des FSM au sein des établissements sanitaires, à travers des réunions, des enquêtes, etc.
- Prévoir un temps d'information et de sensibilisation des professionnels dès leur recrutement. Ce volet peut être assuré par un point focal sur la question de la maltraitance ou par le chef de service de maternité ou par la direction de l'établissement.
- Organiser une formation spécifique autour de la question de la maltraitance des FSM et l'inclure dans le programme de formation continue des professionnels.
- Etendre cette formation sur toutes les catégories professionnelles œuvrant au sein de l'établissement sanitaire.
- Identifier les bonnes pratiques en matière de prévention de la maltraitance à l'encontre des FSM au sein de l'institution et les diffuser auprès de toutes les catégories professionnelles.

2. Renforcement de la vigilance autour des risques de la maltraitance des FSM

- Formaliser des signaux d'alerte au sein de l'hôpital et, particulièrement au sein des maternités, en matière de maltraitance des FSM. L'équipe soignante, en collaboration avec la direction, peut s'appuyer sur l'expérience du terrain afin de développer un ensemble d'indicateurs simples à déchiffrer et traduisant une situation à risque de maltraitance.
- Chercher dans les réunions de staffs à instituer des mécanismes de prévention contre l'interférence des attitudes et des jugements des professionnels dans leurs pratiques de soin envers les FSM. Il est recommandé que le chef de service de maternité s'assure régulièrement de la bonne application du protocole de soins accordés aux FSM auprès des soignants et des femmes hospitalisées. Cela aura pour effet d'accroître la vigilance quant à la déformation personnelle des actes de soin et de réguler lentement mais sûrement les dérives individuelles.

Construire une disposition et des pratiques d'encadrement en accordance avec des objectifs de lutte contre la maltraitance des FSM

Le positionnement des professionnels face au risque de maltraitance recouvre, non seulement, une réflexion autour de leurs pratiques professionnelles mais implique inéluctablement une meilleure organisation des soins afin de prévenir la maltraitance

1. Co-construire une démarche de prévention de la maltraitance des FSM

- Préciser les missions et les limites d'intervention de chaque professionnel sans que cette formalisation nuise à la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire des FSM. L'équipe de direction et/ou le chef de service peuvent procéder à l'élaboration de fiches de poste ou des documents descriptifs définissant le périmètre d'action des intervenants.
- Accompagner les professionnels dans l'exercice de leurs responsabilités à la lumière des tâches qui leurs sont incombées. Cet accompagnement peut être conduit par le chef de service et les différents responsables de chaque corps de métier intervenant au sein des maternités. Cela permettra de garantir le respect de la vie privée des FSM et de la confidentialité des données de son dossier. Il limitera également les actes de maltraitance par inadvertance ou par une mauvaise compréhension des actes de soin.
- Définir des modalités de transmission des données des FSM entre les intervenants en respectant les principes de confidentialité et la non-discrimination. Il est recommandé lors de la circulation des informations concernant ces femmes de ne pas utiliser une terminologie faisant référence à leur statut social.
- Enrichir les moments de communication interne et de transmission d'informations par la mise en place d'un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles afin de faciliter les échanges et de libérer la parole des professionnels.
- Organiser des réunions de travail autour de la thématique de la prise en charge des FSM en travaillant sur différentes situations concrètes identifiées préalablement comme maltraitantes. Cet exercice aura pour vocation pédagogique de construire un positionnement partagé, de prévenir les la réapparition des pratiques considérées comme maltraitantes à l'encontre des FSM et de clarifier les procédures à suivre.

- Formaliser des textes et des procédures de prévention contre la maltraitance des FSM dans le règlement interne de l'hôpital.
- Concevoir des supports de présentation de l'hôpital et de ses différents services. Ces documents permettent aux FSM de s'adresser directement au service ou à l'un des intervenants, si elles souhaitent préserver leurs requêtes et leur anonymat.
- Construire un protocole de soins accordés aux FSM qui soit garant des libertés fondamentales des FSM. Ce protocole doit être le fruit d'échanges collectifs et de dispositions concertées. Il est recommandé qu'il soit détaillé et pratique afin de faciliter son usage. De même, il est souhaitable qu'il recouvre tout le parcours des FSM au sein de l'établissement et ne soit pas restreint à son séjour à la maternité. Le temps d'accueil dans chaque étape de ce parcours doit être repensé et restitué en définissant ses modalités, les acteurs concernés et les conduites à tenir.
- Formaliser des procédures et donner des instructions claires, au bureau d'admission, visant la prévention contre la discrimination des FSM. Aucun document renseignant sur le statut marital des FSM ne devrait être exigé lors de l'orientation de ces femmes au service social ou à la maternité.
- Désigner un point focal « maltraitance des FSM » au sein de la maternité. Cette personne ressource accompagnera les professionnels qui manifestent des difficultés d'intervention auprès des FSM.
- Formaliser de manière participative les différentes situations probables de maltraitance des FSM. Cette liste non exhaustive pourrait évoluer vers des routines de vigilance.

2. Renforcer le rôle de l'accompagnement social des FSM au sein des hôpitaux :

- Faire bénéficier systématiquement les FSM de la gratuité des soins.
- Décloisonner l'accompagnement social des FSM quasi-centré sur l'accessibilité de la phase d'accouchement et l'étendre pour couvrir l'ensemble des facteurs de précarité et des problématiques sociales et sanitaires.
- Formaliser les relations et les échanges entre l'assistant social et les acteurs internes au sein de l'établissement à travers des procédures claires définissant les rôles, les modalités de leurs interventions et l'objet des échanges.
- Articuler le rôle de l'accompagnement social au sein de l'hôpital avec celui des professionnels externes lors de la prise en charge des FSM.
- Renforcer les ressources logistiques et matérielles dédiées à la bonne mise en œuvre de l'accompagnement social des FSM.
- Inscrire l'accompagnement social dans une perspective de projet de vie en intégrant d'autres acteurs internes et externes de l'hôpital. Si le premier repérage de la fragilité sociale de la femme a lieu au sein de l'enceinte hospitalière, l'assistant social de l'hôpital peut proposer à la femme un travail collaboratif avec un réseau d'acteurs publics et associatifs en considérant l'urgence de la situation et en œuvrant dans une perspective de prévention d'abandon de l'enfant.
- Consolider les liens du service social de l'hôpital avec le tissu associatif de la région en formalisant des partenariats. Les associations spécialisées sur la défense des femmes en situation de vulnérabilité et les autres structures d'ordre plus généraliste pourront soutenir les FSM durant son parcours de soin en apportant des aides matérielles, en informant sur les droits, en régulant les conflits et en préparant avec les FSM, l'étape de l'après-sortie de l'hôpital.
- Numériser l'archivage des dossiers des FSM afin de garder tous les éléments et instaurer un système d'information interne renseignant sur tous les éléments d'aide à la prise de décision.

3. Mise en place d'un suivi psychologique des FSM :

- Impliquer le psychologue dans la boucle de prise en charge des FSM dès leur entrée dans le service de maternité.
- Faire intervenir des psychologues cliniciens externes si l'hôpital ne dispose pas de psychologues.
- Formaliser les relations avec d'autres structures socio-médicales afin de faciliter la référence des FSM vers des services de suivi psychologique externes à l'hôpital.
- Articuler le rôle du suivi psychologique avec celui de l'accompagnement social et la prise en charge médicale des FSM.

Institutionnaliser des mesures systématiques d'examen de la maltraitance des FSM

1. Sensibiliser les FSM et ses proches des risques de la maltraitance et des recours possibles :

- Informer les FSM et son entourage de leurs droits au moment de l'accueil à l'hôpital. Dans ce sens, la mise en place d'un livret d'accueil de l'institution accessible et explicite est recommandée afin de faciliter son usage. Ce livret doit détailler les possibilités de recours en cas de suspicion de maltraitance.
- Adapter et rappeler les informations relatives aux droits des FSM par un point focal sur la prise en charge des FSM au sein des maternités et/ou le service social de l'hôpital.
- Prévoir occasionnellement des consultations spécifiques des femmes dans la maternité par le biais de questionnaires anonymes. Ce procédé permet de libérer la parole et d'éviter les éventuelles craintes de représailles exprimées par les FSM.
- Informer les FSM de toute la démarche de la promotion de bientraitance conduite par l'hôpital et des bonnes pratiques en vigueur à l'hôpital.

2. Elaborer des outils de repérage des situations de maltraitance :

- Formaliser des outils spécifiques permettant le recueil et le suivi des plaintes et des réclamations en respectant la confidentialité des données et l'intimité des FSM.
- Systématiser l'usage de ces outils au sein des maternités. Le chef de service en collaboration avec la direction de l'hôpital assureront tout le volet organisationnel de l'usage des outils.
- Instaurer des procédures d'évaluation de la satisfaction des FSM à la fin de son séjour à la maternité.

3. Formaliser et renforcer la réactivité de la direction aux faits de maltraitance :

- Entreprendre des réactions rapides pour rassurer la femme même si la plainte est perçue comme étant insignifiante ou faisant partie du protocole de soins.
- Instaurer des procédures claires de traitement de la maltraitance d'une FSM en identifiant les acteurs concernés responsables de l'application des procédures.
- Protéger la FSM en mettant en œuvre un accompagnement plus individualisé et en écartant du circuit de prise en charge le ou les professionnels concernés par la plainte de la femme.
- Adopter une posture distanciée des faits par l'équipe de l'encadrement et s'assurer du bon déroulement des procédures d'examen des faits en préservant la confidentialité de la procédure et en évitant les actions précipitées.
- Mettre à disposition de tous les professionnels une procédure de signalement, s'il y a suspicion d'une entrave volontaire de la démarche de traitement de la plainte.

4. Elaborer des mesures disciplinaires :

- Instaurer une échelle de traitement disciplinaire concertée et portée par l'ensemble des professionnels. Toutefois, le traitement disciplinaire administratif ne doit pas se substituer au recours juridique si les faits à l'encontre de la femme atteignent un seuil de gravité défini par le code pénal.
- Formaliser des procédures d'accompagnement des professionnels impliqués dans les faits afin de prévenir la répétition de la situation.

Promouvoir la bientraitance des FSM dans les hôpitaux

Le renforcement de la charnière entre maltraitance et bientraitance est primordial pour l'efficacité des dispositifs mobilisés dans l'optique d'une meilleure protection des FSM. Les efforts consentis en faveur de la prévention de la séparation mère-enfant doivent s'inscrire dans une logique de bientraitance en veillant toutefois à lutter contre toutes les formes de maltraitance. Le lieu de soins, que représente l'hôpital, revêt une importance extrême pour ces femmes puisqu'il accueillera la première rencontre de la mère avec son enfant, le premier exercice de la parentalité, le premier contact avec la police judiciaire et la prise de décision relative à la garde de l'enfant. La succession de ces événements qui forgent la nouvelle vie d'une FSM est souvent vécue avec

souffrance et sentiment d'angoisse. Afin de mieux accompagner les FSM dans ce parcours, les pratiques de soin et leur organisation nécessite une recherche durable de la qualité des services rendus à ces femmes et dans un souci constant de bientraitance.

1. Sensibiliser et former les professionnels et la direction de l'hôpital sur l'importance de la bientraitance comme vecteur de lutte contre la maltraitance ordinaire :

- Construire de manière participative en associant des représentantes des FSM une charte interne de bientraitance au sein des maternités.
- Sensibiliser les professionnels sur la nécessité de promouvoir toutes les pratiques visant la prévention de la maltraitance des FSM dans l'optique d'une évolution vers des pratiques de bientraitance.
- Impulser une réflexion autour de la notion de bientraitance comme un moyen de prévention de la maltraitance institutionnelle à l'encontre des FSM.
- Prévoir des formations à destination de l'ensemble des intervenants sur la notion de bientraitance dans le milieu hospitalier en ramenant ses modalités pratiques au contexte législatif et déontologique qui organisent les missions des professionnels.

2. Promouvoir un cadre de bientraitance respectant les droits des FSM et valorisant leur expression :

- Personnaliser l'accueil des FSM dans la maternité en respectant les moments de silence et les modes de communication privilégiés.
- Prendre le temps d'expliquer aux FSM le parcours de soins au sein de l'hôpital et être à l'écoute de leurs besoins, leurs souhaits et leurs craintes. Le point focal « prise en charge des FSM » pourrait soutenir cette démarche.
- Adopter une posture de compréhension à des conduites de refus ou non-adhésion au projet d'accompagnement proposé par les intervenants.
- Informer les FSM systématiquement de leurs droits et de leurs devoirs au sein de l'établissement.
- Aménager le temps et les modalités de rencontre de la FSM avec la commission tripartite, en particulier avec la police, afin qu'elle se sente soutenue plutôt que jugée dans la démarche de reconnaissance du père géniteur.
- Initier le travail de préparation à la parentalité en concertation avec les FSM. A ce niveau, la mise en place de téléviseurs dans les chambres de la maternité peut servir à diffuser des séquences vidéo expliquant des gestes et des conduites élémentaires lors du maternage du nouveau-né.
- Renforcer l'accompagnement à la parentalité par un travail au chevet de la paire mère-enfant conduit par l'une des sages-femmes du service de maternité.
- Veiller à la sécurité physique et psychologique des FSM lors de leur séjour à la maternité et les protéger des violences verbales et physiques des personnes de l'entourage de la femme ou des résidentes dans le service.
- Prévoir certaines procédures organisationnelles adaptées au contexte social de la FSM et sur demande de cette dernière, comme par exemple le choix d'une chambre ne donnant pas sur une des allées principales de la maternité afin de préserver son anonymat.
- Associer l'entourage de la mère à toute la démarche de soins en créant des occasions de rencontre dans le respect de ses intérêts et de ses demandes.
- Renforcer le rôle du service social dans la médiation familiale avec la famille de la FSM et/ou le père géniteur à travers la mise en place de formations ciblées.
- Mener systématiquement une évaluation interne de l'efficacité des mesures mises en œuvre pour l'encouragement de la mère à garder son enfant.
- Associer des chercheurs et des experts en matière de bientraitance afin d'améliorer continuellement toutes les démarches entreprises en faveur des FSM et de mieux comprendre leurs besoins et les problématiques qu'elles rencontrent au sein de l'hôpital.

Et l'enfant privé de protection parentale et abandonné à la maternité ?

Suite à l'accouchement, la mère décide de garder ou d'abandonner provisoirement ou définitivement son enfant. Faute de politique claire de gestion des situations d'abandon, dès la prise de décision d'abandon, l'enfant est

transféré au service de pédiatrie en attente de son transfert vers une autre structure associative ou étatique de protection de l'enfance.

Miser sur une prise en charge personnalisée et efficace de l'enfant

1. Sensibiliser les professionnels à la nécessité d'une protection personnalisée des enfants abandonnés et placés dans le service de pédiatrie :

- Sensibiliser et informer les professionnels du service de pédiatrie sur les droits des enfants et les problématiques des enfants privés de famille.
- Construire une charte interne de bientraitance des enfants privés de famille.
- Sensibiliser les professionnels sur les répercussions physiologiques et psychologiques de la séparation précoce de l'enfant de sa mère et du séjour de l'enfant dans une collectivité, particulièrement les établissements sanitaires.
- Accompagner les professionnels dans une réflexion autour des pratiques à instaurer afin de minimiser les effets de la séparation mère-enfant et du séjour dans une collectivité.
- Sensibiliser tous les professionnels autour de la responsabilité de signalement des actes de maltraitance à l'égard de ces enfants.

2. Personnaliser les soins prodigués à l'enfant dans le service de pédiatrie :

- Préparer l'accueil du bébé dans le service de pédiatrie dès l'annonce de l'abandon. Au-delà des dispositions administratives, l'organisation des soins doit être aménagée, non dans une logique d'un lieu classique de soins médicaux et quotidiens élémentaires, mais dans une optique de veille au bien-être et au développement harmonieux du nouveau-né.
- Réaliser un cahier de souvenirs de l'enfant dès sa naissance avec des photos et la transcription des événements signifiants.
- Prioriser, dans les routines quotidiennes des soins prodigués, le respect du rythme habituel de l'enfant plutôt que celui des agents de soins. Il s'agit de mettre l'enfant au centre de l'accompagnement afin de répondre de la façon la plus adaptée possible à ses besoins affectifs et physiques.
- Construire un programme de soins articulé autour de leur continuité et selon une approche centrée sur le nouveau-né.
- Désigner une personne référente qui s'assurera de la bonne application du protocole de soins en faveur de ces enfants.
- Instituer systématiquement une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, s'il y a des problèmes de santé, psychologique, sociale) du nouveau-né.
- Formaliser des partenariats avec les associations de protection de l'enfance afin de renforcer la qualité de soins accordés aux enfants abandonnés. Cela peut aboutir à la création d'une crèche associative au sein du service de pédiatrie.

3. Veiller à une transmission riche et rapide des informations relatives au nouveau-né à la famille ou à l'institution

- S'assurer avant le transfert de l'enfant à l'institution ou à une famille de la complétude des documents renseignant sur l'état de l'enfant, sa situation sanitaire, son carnet de vaccination, son extrait de naissance dans un dossier standardisé.
- Prévoir des procédures de vérification de la complétude des documents concernant l'enfant durant les week-ends et les jours fériés.
- Renseigner dans le dossier de l'enfant sur la situation sanitaire et sociale de la mère.

4. Œuvrer dans une optique de réduction du temps de séjour à l'hôpital :

- Instaurer des canaux de communication plus fluides et efficaces entre le service social de l'hôpital et les différents lieux d'accueil possibles de l'enfant (unités de vie associatives, familles d'accueil, famille élargie de la mère, etc). Le délégué général de la protection de l'enfance, en tant que gestionnaire

officiel des modalités de placement, pourrait disposer d'une base de données des familles disponibles à l'accueil de l'enfant et s'assurerait de la rapidité de son placement.

- Enrichir la base de données à disposition du délégué de protection de l'enfance par des familles d'accueil pouvant assurer le relais à court terme entre le séjour à l'hôpital et le placement provisoire en institution ou en famille d'accueil. La mère peut dans ce cas identifier des familles potentielles d'accueillir son enfant. L'accueil de l'enfant dans ces familles relais se fera ainsi dans le cadre d'une mesure conventionnelle tripartite entre la mère, la famille et DPE.

Séquence 3. Etat des lieux du processus du placement familial durable et provisoire

Présentation du contexte

Selon les lignes directrices de protection de remplacement, le milieu familial est considéré comme le cadre le plus propice pour le développement harmonieux et la protection de l'enfant. Ce principe stipule clairement que tous les efforts doivent être déployés pour maintenir les enfants ou les réintégrer dans leur famille (comme disposé dans le préambule de la CIDE). Le principe VI de la déclaration des droits de l'enfant promulguée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1959 prévoit que l'enfant « *doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle ; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère. La société et les pouvoirs publics ont le devoir de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas de moyens d'existence suffisants* ». Faisant référence au nombre croissant des études, des travaux et des expériences montrant les effets négatifs que le placement en institution a sur le développement des enfants, les lignes directrices stipulent que cette solution ne doit être utilisée que dans les cas d'absolue nécessité et prône la solution du placement en milieu familial pour tous les enfants, en particulier pour ceux âgés de moins de trois ans. Ces constats concordent avec les conclusions d'une étude réalisée en 2016 par Santé Sud en Tunisie auprès d'un échantillon d'enfants privés de milieu familial mettant en exergue les effets néfastes de l'institution sur le développement de l'enfant.

La primauté de la famille comme source de protection de l'enfant et l'importance de la préserver tissent la trame des lignes directrices, à la fois comme principes et comme des vecteurs de l'exercice des droits des enfants. En effet, cette considération est fondamentalement ancrée dans la CIDE, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, et la déclaration universelle des droits de l'homme. En Tunisie l'article 7 du code de la protection de l'enfant stipule également que "*dans toutes les mesures prises à l'égard de l'enfant, l'action de prévention au sein de la famille doit être une considération primordiale en vue de sauvegarder le rôle familial, et consolider la responsabilité qui incombe aux parents ou de ceux qui en ont la charge, dans l'éducation de l'enfant, sa scolarité et son encadrement par une protection nécessaire à son développement naturel*". L'ensemble des dispositifs législatifs issus de tous ces instruments a engendré une panoplie des mesures opérationnelles faisant la promotion du placement familial des enfants nés hors cadre du mariage en Tunisie. En revanche, les pratiques se sont cristallisées autour d'une conception de protection de remplacement essentiellement axée sur le recours au placement institutionnel de ces enfants. En 2016, 503 enfants ont été placés en institutions réparties entre l'Institut National de Protection de l'Enfance (183) et les unités de vie associative (320). Des actions, soutenues par l'UNICEF et portées par le Ministère des Affaires Sociales et le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance, sont entreprises sur la thématique de la désinstitutionnalisation de la prise en charge des enfants sans soutien familial. Elles visent, notamment, à élaborer une stratégie nationale sur la désinstitutionnalisation et le renforcement du placement familial. La promotion du placement familial est conçu dans cette configuration comme la clef de voute de la mise en marche d'une stratégie de désinstitutionnalisation de la prise en charge des enfants sans soutien familial en cohérence avec les recommandations des lignes directrices de protection de remplacement.

Le présent écrit a pour objectif de présenter les recommandations de bonnes pratiques dans le domaine du placement familial articulés avec les difficultés que nous avons relevé lors du travail d'investigation du terrain. Nous présenterons dans ce qui suit une synthèse du cadre théorique de référence, la méthodologie déployée, et les recommandations de bonnes pratiques. Le cadre théorique a été constitué à travers les différents documents

sur le placement familial que nous avons récolté sur le terrain, la littérature scientifique, notamment les travaux de Myriam David et les lignes directrices de protection de remplacement.

Cadre théorique

Selon les lignes directrices, le placement familial constitue la forme de protection de remplacement la plus adaptée aux enfants, particulièrement, les jeunes enfants âgés de moins de 3 ans. Il s'inscrit dans le registre des arrangements formels et consiste au "*placement de l'enfant, sur décision d'une autorité compétente, dans une famille autre que sa propre famille, qui est chargée d'assurer une protection de remplacement et qui est soumise à cette fin à un processus de sélection, de qualification, d'approbation et de supervision*". Myriam David (1989) le définit comme étant: "*l'accueil permanent d'un enfant de jour et de nuit, pour quelque durée que ce soit, par une famille rémunérée qui, pendant toute la durée du placement assure l'ensemble des soins et l'éducation de l'enfant, sans que celui-ci lui appartienne pour autant*". Elle le distingue de l'adoption, qui la définit comme suit: "*dans le cas de l'adoption, la famille adoptive n'est pas rémunérée et prend entièrement à sa charge, et ceci de façon définitive, un enfant dont l'appartenance à part entière lui est dorénavant légalement reconnue. Dans l'adoption plénière, le foyer adoptif devient le seul lieu de vie permanent de l'enfant, le foyer d'origine est inconnu et les parents perdent la totalité de leurs droits. Seulement dans le cas de l'adoption simple, les liens avec la famille d'origine peuvent être éventuellement maintenues*".

Cette distinction, toujours selon Myriam David, est régie par trois paramètres, à savoir, la permanence du lieu de vie et temps de présence, la rémunération des familles substitutives et l'appartenance de l'enfant. L'examen de chacun de ces trois paramètres permet de bien délimiter la position du placement familial et de le distinguer de l'adoption.

-Permanence du lieu de vie et temps de présence:

Dans le placement familial, le foyer d'accueil constitue le lieu de vie et domicile permanent de l'enfant. Celui-ci y vit à temps plein. La présence permanente de l'enfant au sein des familles d'accueil implique forcément: père, mère, enfants, collatéraux et amis. La mère suppléante est non seulement chargée d'élever l'enfant confié, mais aussi de lui donner sa place parmi les autres membres de sa famille et de partager sa responsabilité éducative avec son mari, comme elle le fait pour ses propres enfants.

En ceci, le placement familial est proche de l'adoption, à cela près que les adoptants ne partagent leur responsabilité avec personne d'autre.

La durée du placement est des plus variables: courte dans un placement de dépannage, indéterminée dans tous les autres cas, elle peut varier de quelques mois à plusieurs années. Il est difficile de déterminer la durée du placement en raison de plusieurs facteurs que nous aborderons plus loin.

Dans l'adoption, le placement est définitif.

-Rémunération:

La rémunération oppose de façon radicale les adoptants aux familles d'accueil.

Pour les adoptants, en effet, quelles que soient leur motivation, la force de leur désir d'être parent à part entière avec l'assurance que l'enfant ne pourra jamais leur être enlevé, les engage à assumer sa totale responsabilité. Alors que pour les mères d'accueil, prendre soin des enfants des autres est une motivation professionnelle qui concilie la nécessité d'un salaire, le désir de rester à la maison pour s'occuper de leurs propres enfants et de leur foyer, ainsi que leur intérêt pour les enfants. La cessation de paiement pose des problèmes financiers aux accueillants et risque d'entraîner l'interruption du placement.

Ce dernier point, met l'accent sur l'importance de la rémunération des familles d'accueil, conçue pourtant, mais rarement, comme inconvenante par certains acteurs de l'enfance. Pour ceux-ci, l'amour de la famille envers l'enfant accueilli devrait être aussi désintéressé que si l'enfant était sien; gagner de l'argent grâce à lui serait incompatible avec une affection authentique. Or cette manière de penser est susceptible de mettre à tort, les accueillants dans la position morale d'adoptants, mais d'adoptants confrontés à une position bien particulière, puisqu'elle n'est pas garantie par la loi, ni assortie d'aucun droit sur l'enfant. Le paiement ainsi conçu, prend l'allure d'une sorte de mesure d'assistance, assortie de surveillance, faisant des familles d'accueil des "adoptants

pauvres" n'ayant pas les moyens de prendre en charge la totalité des besoins de l'enfant confié. Myriam David a écrit à ce propos: "*On reconnaît aujourd'hui que la rémunération est la pierre angulaire du placement familial. Elle garantit à la fois la qualité, la stabilité du placement et témoigne de la non appartenance à part entière de l'enfant à la famille d'accueil. En effet, la rémunération de l'accueillant traduit le fait que l'accueil de l'enfant n'est pas un service bénévole, mais un travail rémunéré et que l'accueillant a à rendre compte de son travail à celui qui le rémunère, parent et/ou service*".

Dans le placement familial, la rémunération comporte deux parties: une indemnisation pour les frais occasionnés par la présence de l'enfant et un salaire.

Indemnisation:

Elle traduit le fait que l'enfant confié n'est pas à la charge de la famille d'accueil. Les services sociaux doivent assurer tous les frais occasionnés par le placement de l'enfant.

L'indemnité est fixe et couvre en principe l'alimentation, le vestiaire, les médicaments, le matériel scolaire, les jeux, et les menus frais tel que couches, lessives, savon, etc.

Une indemnisation insuffisante, peut conduire à une rupture du placement de l'enfant, du fait de l'incapacité des familles à subvenir à l'ensemble des besoins de l'enfant. Ce facteur de rupture risque de multiplier les lieux d'accueil de l'enfant, et de nuire par conséquent, à son développement psychologique. L'article 60 des lignes directrices stipule clairement l'importance de stabilité du cadre de vie de l'enfant: "*les changements fréquents de cadre de protection nuisent au développement de l'enfant et à sa capacité de nouer des liens affectifs, et devraient être évités*".

Salaire:

La nécessité d'un salaire et les droits qui s'y rattachent constitue le fondement essentiel du placement familial. Il donne à la mère de la famille d'accueil le statut de professionnel, assorti d'exigences à l'égard de la qualité du service rendu et de la compétence professionnelle. La reconnaissance de cette compétence est importante. Elle implique que s'occuper d'un enfant, qui n'est pas le sien, n'est pas l'équivalent de la fonction de mère de famille, mais requiert des qualités et des connaissances liées à la nature particulière de ce travail qui consiste à s'occuper avec **affection**, et **compétence** de l'enfant **d'autrui**.

Ces trois termes sont essentiels pour déterminer la responsabilité des mères d'accueil. Ils traduisent aussi bien la nature affective de leur travail que le fait qu'il exige des qualités, un savoir et un savoir-faire, pour se situer par rapport un enfant à élever qui n'est pas le leur. En effet, si grande soit l'affection qui se développe entre la mère de la famille d'accueil et l'enfant du fait des soins qu'elle lui prodigue, celui-ci appartient à une autre famille; la famille adoptante dans le cas du placement à courte durée, et les parents biologiques dans le cas du placement à long terme, même-si ces parents sont absents ou se manifestent rarement. La rémunération est donc étroitement liée au problème fondamental d'appartenance qui dans le placement familial, remue et agite l'enfant, ses deux familles et les équipes du services sociaux.

-Appartenance de l'enfant:

L'enfant appartient à ses parents, ses parents lui appartiennent aussi. Cette appartenance est reconnue par la société et par la législation¹ qui donne aux parents la pleine responsabilité d'élever, de soigner et d'éduquer leurs enfants. Le sentiment d'appartenance mutuel est très profondément ancré chez les parents comme chez les enfants. Il se crée et se développe, sans nul doute, à la faveur de cet attachement très particulier et du lien qui les unit et qui se développe dès la conception jusqu'à la fin de leur vie. La nature unique de ce lien tient à la rencontre entre les besoins de dépendance de nourrisson et les motivations des parents, les parents ont conçu et désiré cet enfant et le créent et recréent de façon permanente au travers d'un système d'interactions étroitement tissé en fonction, d'une part, de leurs désirs, craintes et fantasmes inconscients, projeté sur lui et en lui, et d'autre part de ce qu'induisent en eux la nature, ainsi que la force de ses demandes et de ses réponses.

¹ L'article 7 de code de protection de l'enfance prévoit que: "*dans tous les mesures prises à l'égard de l'enfant, l'action de prévention au sein de la famille doit être une considération primordiale en vue de sauvegarder le rôle familial, et consolider la responsabilité qui incombe aux parents ou de ceux qui en ont la charge, dans l'éducation de l'enfant, sa scolarité et son encadrement par une protection nécessaire à son développement naturel.*"

L'enfant, en effet, par son état de dépendance, repose entièrement sur eux. Ils font partie de lui tant qu'il ne parvient pas à se distinguer d'eux, tout en s'imposant à eux par sa façon impérative d'exprimer ses demandes, sa façon d'être, se sentir et de réagir. La continuité de ce lien qui murit et se transforme au rythme de la maturation de l'enfant, amplifie ce sentiment d'appartenance mutuelle, chacun par ses attentes, contribuant à modeler et transformer l'autre. Ce caractère spécifique du lien parent-enfant n'exclut nullement la possibilité de création d'autres modalités du lien de nature sociale et affective entre l'enfant et autres personnes qui puissent s'intéresser à lui, le soigner et l'aimer.

Adoption:

Seule l'adoption plénière **précoce** donne à une famille la possibilité de remplacer les parents à part "presque"² entière et aux parents adoptifs et à l'enfant la possibilité de s'engager totalement dans une relation de type parental pour le meilleur et pour le pire. La totale appartenance de l'enfant à ses parents adoptifs trouve son expression dans le fait que l'enfant prend leur nom et se trouve dans la même situation juridique que les enfants qui sont ou seront nés d'eux.

L'ensemble des recherches préconisent un âge précoce d'accueil de l'enfant dans sa famille adoptive avec un temps de latence très réduit entre le moment de l'adoption et de l'abandon³. Dans ces conditions, peu de difficultés scolaires, peu de troubles de la représentation de soi, peu de passage à l'acte et une atteinte narcissique limitée sont constatés. Certains auteurs expliquent l'absence de difficultés par le fait que les enfants adoptés précocement sont uniquement porteurs de tout ce qui concerne la période prénatale. Il apparaît aussi que les enfants adoptés dès la naissance bénéficient d'un meilleur développement que les autres (A.Vinay, 2006).

Dans ce sens, la législation doit assurer le droit des enfants à bénéficier précocement de ce lien substitutif qui est nécessaire à leur développement, lorsque leurs parents biologiques viennent à manquer; tout comme il est indispensable, pour les adoptants, que leur soit donnée la garantie que l'adoption est irrévocable et qu'ils bénéficient de tous les droits et devoirs de parents légitimes (J.Goldstein, A.Freud, A.Solnit, 1983).

Placement familial:

Le problème d'appartenance est omniprésent en placement familial, particulièrement au long terme. Michèle Soulé (1994) définit trois axes de filiation biologique, narcissique et juridique. Le premier axe désigne le lien entre l'enfant et ceux qui l'ont engendré et lui ont transmis leur patrimoine génétique. La filiation narcissique ou « affective » serait celle qui naît du désir des parents d'établir des échanges affectifs avec leurs enfants qu'ils investissent comme tels dans les relations et soins au quotidien. Enfin, la filiation serait juridique ou instituée au regard du cadre législatif qui pose les liens de parenté, établit la transmission du nom et confère l'autorité parentale avec ses droits et ses devoirs (J.Welland, J.Gaugue-Finot, 2008).

L'élaboration de la filiation de l'enfant placé n'est pas aisée. Elle est souvent incertaine, fragile, voire incohérente. Il existe une dissociation entre les parents biologiques, juridiques et affectifs (Théry, 1998). Pour l'enfant placé, seule la filiation biologique semble être incontestable, les parents biologiques sont bien ceux qui l'ont mis au monde. Or, ces parents, sont souvent défailants, voire absents ou inconnus. La filiation juridique par contre, n'est pas clairement définie chez les enfants placés car, d'une part, les parents biologiques gardent l'autorité parentale mais de l'autre, la loi juge qu'ils ne sont pas de bons parents et confie leur enfant à d'autres parents. Il en résulte que le statut parental des parents biologiques fait « *à la fois l'objet d'une reconnaissance officielle et d'une dénegation* » (Biarnès, Boucher et Mesnier, 1999, p. 82). Quand les parents sont inconnus ou complètement absents, l'enfant est placé sous la tutelle de l'état, ce qui risque de renforcer un vécu de confusion relatif au sentiment de l'appartenance de l'enfant. Pour ce qui concerne la filiation narcissique, devant l'incapacité ou l'absence des parents, le quotidien éducatif et relationnel sera donné par la famille d'accueil. En effet, les possibilités d'investissement affectif mutuel par l'enfant et la famille d'accueil dépendent largement des particularités entourant le placement : son motif, sa durée, l'âge de l'enfant, la présence des parents biologiques, et surtout la qualité des échanges relationnels et affectifs établis avec la famille d'accueil et de ceux maintenus ou non avec les parents biologiques. Ainsi, contrairement aux axes biologiques et juridiques, le lien de filiation narcissique dépend aussi des mouvements affectifs de l'enfant (Berger, 1997). Il peut désinvestir ses

² L'article 7.1 de la Convention relative aux droits de l'enfant dispose que [l]'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquiescer une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.

³ D'autres paramètres entrent également en ligne de compte comme le lieu d'accueil, et le travail de préparation à l'adoption.

parents s'il estime qu'ils l'ont abandonné ou qu'ils l'ont trop fait souffrir et s'attacher à la personne qui prend soin de lui, ou il peut considérer l'aide éducative de la mère suppléante sans qu'il ne se crée un lien affectif très fort avec elle. (J.Welland, J.Gaugue-Finot, 2008). Ces différentes possibilités varient essentiellement en fonction de l'âge de l'enfant. En effet, le temps de la petite enfance semble constituer une période cruciale pour le développement du sentiment d'affiliation et la construction du sentiment d'appartenance familiale des enfants placés. Ce constat est relevé par une étude⁴ réalisée sur un échantillon de 78 enfants d'âges différents, placés en familles d'accueil. Les résultats de cette étude tendent à conforter l'idée que des enfants placés très jeunes, avant l'âge de trois ans et ayant de ce fait vécu plus de temps dans leur famille d'accueil que dans leur famille biologique, semblent s'affilier à leur famille d'accueil plutôt qu'à leur famille d'origine. A l'inverse, des enfants placés plus tardivement et ayant vécu dans leur famille d'origine pendant leur petite enfance, semblent construire leur affiliation par rapport à leur famille biologique. Ces résultats tendent à appuyer les observations rapportées par d'autres auteurs (Gallois, 2003 ; Gauthier, Fortin et Jéliu, 2004 ; Ribes, 1986).

Cadre méthodologique

Le travail de l'élaboration des états-des-lieux aura pour objectif d'identifier les difficultés inhérentes au processus du placement familial, en les articulant avec des recommandations de bonnes pratiques.

La démarche de l'investigation portera sur les deux axes suivants:

- La stratégie nationale du placement familial définitif et provisoire.
- Les pratiques existantes relatives aux différentes modalités du placement familial

Dans cette perspective, les différentes étapes de l'état-des-lieux suivront le cheminement suivant:

1-Identification des structures et des acteurs impliqués dans le processus du placement familial.

2-Analyse documentaire (travaux scientifiques, rapports, cadre normatif, etc.) permettant de construire un cadre de référence qui alimentera les différentes sessions d'observation et des entretiens au sein des structures concernées.

3-Mise en œuvre d'un dispositif intégrant un temps d'observation des pratiques existantes au sein des différentes institutions (INPE, tribunaux, DPS, etc.) et des entretiens avec les différents acteurs (juges, psychologues, assistants sociaux, délégués de protection à l'enfance).

4-Animation des focus groupes avec les familles d'accueil ayant pour cibles d'investigation l'enfant et les familles:

- processus de prise en charge de l'enfant au sein de la famille d'accueil: les bonnes pratiques, les difficultés, les goulots d'étranglements et les potentialités.
- dynamique de recrutement, de supervision et de soutien des familles d'accueil par les instance étatiques et associatives et analyse des différents paramètres régissant le devenir de l'enfant suite à cette étape.

5-Analyse des écarts entre le cadre de référence construit et les pratiques en matière de placement familial en Tunisie.

6-Recommandation des bonnes pratiques pour réduire cet écart.

Structures concernées:

- L'Institut National de Protection de l'Enfance (INPE).
- Les Divisions de la Promotion Sociale (DPS) de Tunis, Ariana, Manouba, Bizerte, Nabeul, Mahdia et Médenine.
- Les commissions d'établissement de la filiation de Tunis, Ariana, Manouba, Bizerte, Nabeul, Mahdia et Médenine.
- Les tribunaux dans les régions de Tunis, Ariana, Manouba, Bizerte, Nabeul, Mahdia et Médenine.

Acteurs ciblés:

⁴ J.Welland, J.Gaugue-Finot, 2008.

- Les professionnels chargé du placement familial à Institut National de Protection de l'Enfance (INPE).
- Les psychologues et les assistants sociaux de Divisions de la Promotion Sociale (DPS)
- Les juges
- Les Délégués de Protection à l'Enfance (DPE)

<p>Enjeux et Recommandations de bonnes pratiques relatives au processus du placement familial provisoire et durable de l'enfant</p>
--

Les recommandations de bonnes pratiques constituent des tentatives de réponses aux freinages et les goulots d'étranglement qui ont été relevés lors du travail d'investigation du terrain. L'objectif étant de promouvoir et d'améliorer les pratiques du placement familial pour fournir un cadre sécurisant et garant du développement harmonieux de l'enfant, mais aussi, de son devenir en tant qu'être humain autonome et indépendant. Il est ainsi important de penser la prise en charge de l'enfant dans une perspective dynamique et évolutive. Deux temps seront abordés dans le présent écrit: le temps du placement familial et le temps de l'adoption simple ou plénière. Ces deux temps s'inscrivent dans un continuum de parcours de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'adolescence. Cette perspective nous situe dans une approche systémique, globale, qui place l'enfant au centre du processus du placement familial -provisoire et transitionnel, suivi du placement durable par le biais de l'adoption ou la kafala.

Ces recommandations s'articulent autour de deux composantes essentielles relatives au placement familial et les différentes formes de protection durable de remplacement, à savoir, l'aspect stratégique et l'aspect opérationnel.

A- Le dimensionnement stratégique du placement familial et les différentes formes de protection durable de remplacement:

I-Domination de la prise en charge institutionnelle:

Les premières orientations en terme de protection de remplacement en Tunisie, se sont axés sur un modèle de prise en charge de type familial, et cela à travers la création de la loi de 1958 relative à la tutelle publique, la tutelle officieuse et à l'adoption, et la loi de 1967 relative au placement familial.

Depuis la création de l'Institut National de Protection de l'Enfance en 1971, et la création successive des pouponnières associatives à partir de 1992, les pratiques de protection de remplacement se sont cristallisées autour du placement institutionnel.

En 2016, nous comptons 503 enfants placés en institutions répartis entre l'INPE et les pouponnières associatives. Seulement 67 enfants ont été placés en familles d'accueil. Interrogeant les facteurs de cette répartition, nous mettons en exergue les éléments suivants:

-La centralisation du placement familial: le placement familial est régi par l'Institut National de protection de l'enfance à travers le service du placement familial. L'ensemble des familles d'accueil résident au gouvernorat de Manouba. Ils sont répartis entre les régions de "Oued Ellil", "Sidi Thabet" et "Tebourba". Cette centralisation à la région de Manouba est expliquée essentiellement par l'inexistence des structures relais qui permettent de généraliser les pratiques du placement familial dans les régions. Le placement institutionnel demeure de ce fait la pratique la plus utilisée en terme de protection de remplacement provisoire.

-La diminution du nombre des familles d'accueil: le nombre des familles d'accueil a diminué de 50% depuis 2008. Cette diminution interroge le système de recrutement, de suivi et d'appui des dites-familles. Trois éléments sont à souligner: le profil des familles ciblées, la question de rémunération, et enfin l'accompagnement psychologique et éducatif des familles. Nous reviendrons plus tard sur ces points. Nous nous penchons, en l'occurrence, sur le processus de recrutement.

Le recrutement des familles suppléantes se fait par dossier. En effet, la famille dépose une demande d'accueil, et un dossier à l'INPE, qui sera étudié par une commission qui a été créée pour cet effet. Il s'agit des familles aux revenus très modestes. L'accueil d'un enfant constitue pour ces familles une source de revenu, mais aussi un moyen d'être en cohérence avec leurs convictions religieuses. L'information de la possibilité d'accueil d'un enfant a circulé, majoritairement, de bouche à oreille pour constituer actuellement un phénomène connu, voire spécifique à la région de Manouba. Elle a émané au départ des assistantes maternelles qui travaillent au sein de l'INPE, ensuite des familles qui ont fait l'expérience de l'accueil. Nous constatons que le processus de recrutement des familles suppléantes est essentiellement passif, et concerne une catégorie spécifique -familles aux revenus modeste résidants au gouvernorat de Manouba. Les mécanismes actifs de recrutement sont inexistantes.

-Le placement en institution constitue un choix privilégié, mais aussi, un choix "par défaut" pour les délégués de protection de l'enfance : nous avons rencontré, lors du travail d'investigation, deux types de délégués de protection à l'enfance: ceux qui prônent le placement institutionnel parce qu'il constitue un lieu "sûre" et sécurisé pour l'enfant, et ceux qui ont recours à ce type de placement faute d'autres alternatives. Comme déjà mentionné, le placement des enfants en familles d'accueil se fait par le service du placement familial de l'INPE. Le DPE n'a donc pas la possibilité d'utiliser ce mode de placement. Toutefois, certains DPE ont recours aux arrangements informels et à l'adoption directe. Ces deux types de pratiques sont extrêmement contestés par la DGPS et l'INPE à cause du manque de suivi de ces familles.

Au regard de ces données, nous suggérons les recommandations suivantes:

1-décentraliser le placement familial:

-Généraliser la pratique du placement familial dans les régions. Les unités de vie associatives en coordination avec les divisions de promotion sociale assureront le relais concernant la mise en place d'un dispositif du placement familial dans les régions.

- Former et accompagner ces structures régionales aux différents processus qui animent le recrutement et le suivi des familles d'accueil.

- Développer toutes les ressources humaines (une équipe dédiée à la question du placement familial), logistiques (un moyen de transport, les aides en nature indispensables) et techniques (outils de recrutement et de suivi des familles et des enfants placés) au sein des structures régionales.

2-Mise en place d'un processus actif de recrutement des familles d'accueil:

-Mobiliser une équipe mobile dans chaque structure régissant le placement familial pour repérer des familles candidates à l'accueil des enfants. L'équipe sera constituée par un psychologue et un assistant social. Cette équipe aura pour fonctions de sensibiliser les familles rencontrées à la problématique de l'enfance privée de protection parentale et d'expliquer l'importance du placement familial comme une modalité de protection favorisant le développement harmonieux de l'enfant.

-Utiliser les réseaux sociaux pour promouvoir le placement familial.

3-Sensibilisation et Formation des acteurs sur les lignes directrices de protection de remplacement:

-Intégrer cette formation aux plaquettes de formation initiale des acteurs suivants: les délégués de protection de l'enfance, assistants sociaux, les psychologues et les juges. Les universités concernées seront: l'Institut Supérieur des Sciences Humaines, l'Institut National de travail et d'Economie Sociale, Faculté des Sciences Humaines et Sociale de Tunis, Institut Supérieur de Magistrature.

-Elaborer un guide qui définit les étapes à suivre pour la prise de décision concernant le placement de l'enfant. Ces étapes respecteront les principes des lignes directrices. Ce guide sera utilisé par les délégués de protection à l'enfance, les juges et tout intervenant participant à la prise de décision relative au placement de l'enfant.

4-Formalisation de l'adoption directe et les arrangements informels:

-Engager une réflexion partagée entre tous les acteurs sur les procédures à respecter relatives à l'adoption directe et les arrangements informels à travers la mise en place de groupes de travail multidisciplinaire comportant des décideurs politiques et des acteurs de terrain.

-Réaliser une enquête et une investigation sociale approfondie auprès des familles adoptives -adoption directe, et les familles élargies -arrangement informel afin d'éviter la traite des enfants.

II-Discontinuité dans le parcours de l'enfant:

1-Durée de séjour de l'enfant en placement institutionnel et familial:

Du moment de l'accouchement jusqu'à son placement final l'enfant passe une durée moyenne de 3 ans. Cette durée, considérée comme assez longue, risque d'avoir des conséquences néfastes sur le développement du jeune enfant, et cela en dépit de son lieu du placement.

Selon la majorité des acteurs interviewés, cette durée est liée à la longueur des procédures juridiques et cela en raison de l'absence d'une procédure claire définissant la durée accordée à la mère pour récupérer son enfant et les indications et les contre indications de cette récupération.

Il est recommandé ainsi de réduire cette durée dans l'objectif de favoriser l'adoption précoce de l'enfant. Nous suggérons de:

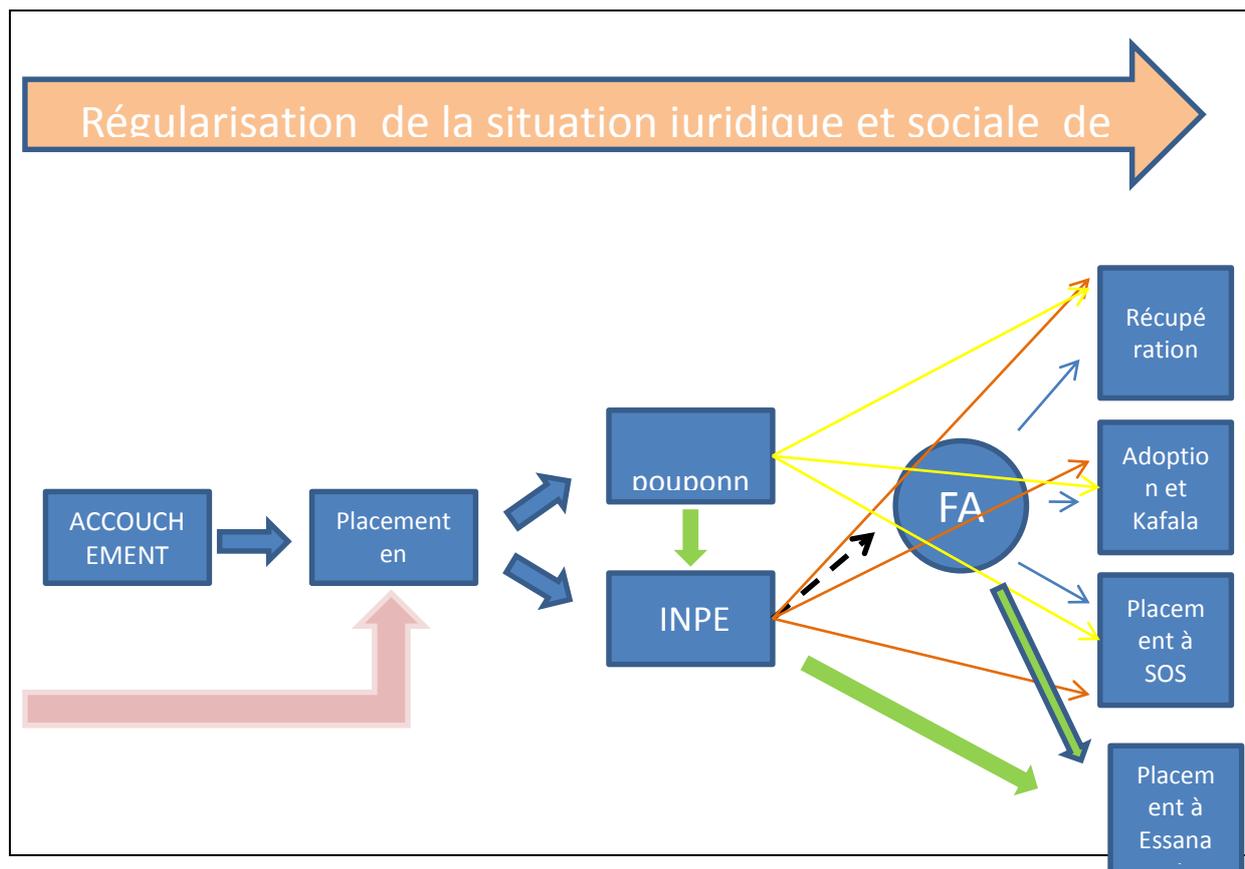
-Redéfinir la durée accordée à la mère pour récupérer son enfant et les conditions de renouvellement de cette période de grâce.

-Créer un texte de loi et des procédures y afférentes relatives à l'accompagnement de la prise de décision de récupération ou de l'abandon de l'enfant.

-Mettre en place un dispositif d'accompagnement multidisciplinaire de la mère depuis la grossesse jusqu'à la naissance de l'enfant.

2-Multiplicité des lieux de passage de l'enfant:

Le schéma ci-dessous illustre la trajectoire de l'enfant dès sa naissance jusqu'à son placement final. Nous constatons la multiplicité des lieux de passage de l'enfant, notamment en ce qui concerne la procédure relative au placement familial. En effet, en raison du nombre réduit des familles d'accueil, les équipes de l'INPE opèrent une sélection des enfants qui bénéficieront du placement familial. Ce passage par l'institution risque de nuire au développement cognitif et affectif de l'enfant en induisant des séquelles irréversibles aussi bien sur le plan neurologique (développement cérébral) que sur le plan psychologique (socio-émotionnel).



Ainsi il est recommandé de:

- Assurer une coordination entre le service du placement familial et le DPE pour permettre le placement direct de l'enfant en famille d'accueil. Cette coordination doit s'inscrire dans une stratégie de placement familial ayant pour objectif de définir les orientations à suivre, toujours dans une perspective de prise en charge centrée sur l'enfant.

- Assurer une coordination entre les différents intervenants auprès de l'enfant pour réduire ses lieux de passage.

- Accorder une attention particulière à la transmission des informations entre les différents acteurs. Il est ainsi important de développer des outils de recueil, de conservation et de communication des différents types de données (médicales, juridiques, personnelles, etc) en veillant à respecter leur confidentialité

B-Renforcement technique du processus du placement familial transitoire et durable de l'enfant:

I-Renforcement technique du placement familial provisoire:

Ayant subi une ou plusieurs séparations traumatiques, l'enfant placé en famille d'accueil présente dans la plupart du temps un retard important du développement, des signes de carence, et des troubles d'attachement. Ces troubles nécessitent une prise en charge multidisciplinaire et la mise en place d'un système de soin adéquat, traitant les troubles de l'enfant et le préparant à son placement final. Le placement familial occupe de ce fait une fonction à la fois thérapeutique et transitionnelle. Or, démunis d'une formation sur l'accueil provisoire de l'enfant, les parents suppléants, sont souvent confrontés à l'incompréhension des troubles de l'enfant, et mis d'emblé dans une position d'échec. La précarité financière, et l'insuffisance du suivi des enfants et des familles, constituent des facteurs qui renforcent la fragilité et le sentiment d'échec des parents et risquent de conduire à l'interruption du placement. Ces facteurs peuvent expliquer la réduction importante du nombre des familles d'accueil mentionnée plus haut. Mais cela ne constitue pas le seul enjeu. L'enfant placé risque de développer des troubles d'attachements durables, qui s'exprimeront plus tard, par des mouvements d'oscillation entre le rejet

et la sollicitation extrême des parents adoptants, des troubles de comportement, des troubles d'identité, et des tentatives de suicide.

Nous suggérons dans cette perspective, des recommandations articulées autour de trois axes:

1-L'accompagnement des enfants placés en familles d'accueil.

2-L'accompagnement des familles d'accueil.

3-La professionnalisation des familles d'accueil.

1-Accompagnement des enfants placés en famille d'accueil:

-Mettre en place un projet individualisé centrée sur l'enfant, rassemblant une multitude d'intervenants (DPE, Psychologue, Assistant Social, Educateur de petite enfance, Médecin, Parents d'origine, Parents d'accueil et tout autre intervenant auprès de l'enfant) et s'inscrivant dans une temporalité tenant en compte l'histoire et le devenir de l'enfant.

-Intégrer les parents adoptifs dans le projet individualisé dès leur identification.

-Assurer une évaluation régulière du développement de l'enfant par un psychologue et un médecin.

-Co-construire un programme éducatif à visée de stimulation des compétences de l'enfant, en fonction des résultats de l'évaluation médico-psychologique. Ce dispositif sera conduit in-situ par un éducateur de jeune enfant ou un psychomotricien.

-Mettre en place un dispositif d'accompagnement thérapeutique assuré par un psychologue spécialisé dans l'enfance pour prévenir ou traiter l'apparition des troubles d'attachement primaire.

-Construire un cycle de formation continue autour de la thématique de la petite enfance. Ces formations concerneront en particulier les psychologues, les éducateurs, les médecins, les assistants sociaux, etc.

-Fournir les différents outils d'intervention auprès de l'enfant pour l'ensemble des professionnels (tests, bilans, échelles, grilles).

-Mettre en place un groupe de réflexion autour de la notion de maltraitance afin de définir ses différentes formes.

-Former les différents intervenant sur les mécanismes de repérage des signes de la maltraitance au sein des familles d'accueil.

-Construire un protocole de prévention, et d'intervention en situation de maltraitance.

-Instituer un système de signalement de maltraitements concertés et accessibles pour l'ensemble des intervenants.

2-Accompagnement des familles d'accueil:

-Construire des espaces d'échanges d'expériences entre parents d'accueil à travers la création des associations des familles d'accueil.

-Recruter, former, accompagner et superviser des familles d'accueil aidantes, communautaires, bénévoles, qui pourraient intervenir aux domiciles pour transmettre et partager des modalités d'éducation positive pour les enfants accueillis. Ces familles aidantes communautaires peuvent intervenir de façon précoce auprès des parents d'accueil en difficulté afin de les sensibiliser sur les pratiques éducatives préjudiciables pour l'enfant accueilli, renforcer chez eux des comportements éducatifs positifs qui développent chez l'enfant un sentiment de sécurité interne et stimulent son éveil socio-cognitif.

-Mettre en place un dispositif d'intervention en milieu ouvert constitué par un psychologue et un éducateur de rue pour renforcer et superviser l'action des familles d'accueil communautaires.

3-Professionnalisation des familles d'accueil:

- Créer un statut professionnel qui organise le travail des familles d'accueil.
- Fixer un salaire qui recouvre l'ensemble des charges de l'enfant.
- Mettre en place un dispositif de formation des familles d'accueil régi par la direction générale de promotion sociale et ses divisions régionales.
- Elaborer des kits de formation en vue de pérenniser et de diffuser la formation.
- Désigner un responsable chargé du suivi administratif des familles d'accueil au sein des divisions de promotion sociale.

II-Accompagnement des parents adoptants et des enfants adoptés :

L'adolescence constitue une période extrêmement critique pour les parents adoptants et leurs enfants adoptés. Des troubles du comportement comme la fugue, l'addiction, le passage à l'acte, des troubles d'identité qui se traduisent par la recherche des origines et les parents biologiques, des accidents relationnels fréquents avec les parents adoptants, caractérisent souvent cette période. Les parents, démunis, se trouvent désemparés et impuissants face aux difficultés de l'enfant. Ces difficultés, considérés comme un échec de leur fonction de parentalité, poussent souvent les parents à remettre en question l'adoption de l'enfant, et parfois à aller jusqu'à entamer des procédures judiciaires pour y mettre fin.

Il est recommandé ainsi de :

- Offrir aux parents adoptant un dispositif d'accompagnement à la parentalité.
- Créer des espace-temps de paroles pour les parents adoptants.
- Mettre en place des thérapies systémiques et des dispositifs d'accompagnement parent-enfant facile d'accès.
- Construire un dispositif d'intervention en milieu ouvert pour les adolescents adoptés, constitué par un psychologue et un éducateur de rue.
- Formation des différents intervenants (psychologues, éducateurs et assistants sociaux) sur les spécificités de l'adoption.

Synthèse des recommandations de bonnes pratiques :

A- Le dimensionnement stratégique du placement familial et les différentes formes de protection durable de remplacement:

I-Domination de la prise en charge institutionnelle:

1-décentraliser le placement familial:

-Généraliser la pratique du placement familial dans les régions. Les unités de vie associatives en coordination avec les divisions de promotion sociale assureront le relais concernant la mise en place d'un dispositif du placement familial dans les régions.

- Former et accompagner ces structures régionales aux différents processus qui animent le recrutement et le suivi des familles d'accueil.

- Développer toutes les ressources humaines (une équipe dédiée à la question du placement familial), logistiques (un moyen de transport, les aides en nature indispensables) et techniques (outils de recrutement et de suivi des familles et des enfants placés) au sein des structures régionales.

2-Mise en place d'un processus actif de recrutement des familles d'accueil:

-Mobiliser une équipe mobile dans chaque structure régissant le placement familial pour repérer des familles candidates à l'accueil des enfants. L'équipe sera constituée par un psychologue et un assistant social. Cette équipe aura pour fonctions de sensibiliser les familles rencontrées à la problématique de l'enfance privée de protection parentale et d'expliquer l'importance du placement familial comme une modalité de protection favorisant le développement harmonieux de l'enfant.

-Utiliser les réseaux sociaux pour promouvoir le placement familial.

3-Sensibilisation et Formation des acteurs sur les lignes directrices de protection de remplacement:

-Intégrer cette formation aux plaquettes de formation initiale des acteurs suivants: les délégués de protection de l'enfance, assistants sociaux, les psychologues et les juges. Les universités concernées seront: l'Institut Supérieur des Sciences Humaines, l'Institut National de travail et d'Economie Sociale, Faculté des Sciences Humaines et Sociale de Tunis, Institut Supérieur de Magistrature.

-Elaborer un guide qui définit les étapes à suivre pour la prise de décision concernant le placement de l'enfant. Ces étapes respecteront les principes des lignes directrices. Ce guide sera utilisé par les délégués de protection de l'enfance, les juges et tout intervenant participant à la prise de décision relative au placement de l'enfant.

4-Formalisation de l'adoption directe et les arrangements informels:

-Engager une réflexion partagée entre tous les acteurs sur les procédures à respecter relatives à l'adoption directe et les arrangements informels à travers la mise en place de groupes de travail multidisciplinaire comportant des décideurs politiques et des acteurs de terrain.

-Réaliser une enquête et une investigation sociale approfondie auprès des familles adoptives -adoption directe, et les familles élargies -arrangement informel afin d'éviter la traite des enfants.

II-Discontinuité dans le parcours de l'enfant:

1-Durée de séjour de l'enfant en placement institutionnel et familial

-Redéfinir la durée accordée à la mère pour récupérer son enfant et les conditions de renouvellement de cette période de grâce.

-Créer un texte de loi et des procédures y afférentes relatives à l'accompagnement de la prise de décision de récupération ou de l'abandon de l'enfant.

-Mettre en place un dispositif d'accompagnement multidisciplinaire de la mère depuis la grossesse jusqu'à la naissance de l'enfant.

2-Multiplicité des lieux de passage de l'enfant:

-Assurer une coordination entre le service du placement familial et le DPE pour permettre le placement direct de l'enfant en famille d'accueil. Cette coordination doit s'inscrire dans une stratégie de placement familial ayant pour objectif de définir les orientations à suivre, toujours dans une perspective de prise en charge centrée sur l'enfant.

-Assurer une coordination entre les différents intervenants auprès de l'enfant pour réduire ses lieux de passage.

- Accorder une attention particulière à la transmission des informations entre les différents acteurs. Il est ainsi important de développer des outils de recueil, de conservation et de communication des différents types de données (médicales, juridiques, personnelles, etc) en veillant à respecter leur confidentialité.

B-Renforcement technique du processus du placement familial transitoire et durable de l'enfant:

I-Renforcement technique du processus du placement familial provisoire:

1-Accompagnement des enfants placés en famille d'accueil:

-Mettre en place un projet individualisé centrée sur l'enfant, rassemblant une multitude d'intervenants (DPE, Psychologue, Assistant Social, Educateur de petite enfance, Médecin, Parents d'origine, Parents d'accueil et tout autre intervenant auprès de l'enfant) et s'inscrivant dans une temporalité tenant en compte l'histoire et le devenir de l'enfant.

-Intégrer les parents adoptifs dans le projet individualisé dès leur identification.

-Assurer une évaluation régulière du développement de l'enfant par un psychologue et un médecin.

-Co-construire un programme éducatif à visée de stimulation des compétences de l'enfant, en fonction des résultats de l'évaluation médico-psychologique. Ce dispositif sera conduit in-situ par un éducateur de jeune enfant ou un psychomotricien.

-Mettre en place un dispositif d'accompagnement thérapeutique assuré par un psychologue spécialisé dans l'enfance pour prévenir ou traiter l'apparition des troubles d'attachement primaire.

-Construire un cycle de formation continue autour de la thématique de la petite enfance. Ces formations concerneront en particulier les psychologues, les éducateurs, les médecins, les assistants sociaux, etc.

-Fournir les différents outils d'intervention auprès de l'enfant pour l'ensemble des professionnels (tests, bilans, échelles, grilles).

-Mettre en place un groupe de réflexion autour de la notion de maltraitance afin de définir ses différentes formes.

-Former les différents intervenant sur les mécanismes de repérage des signes de la maltraitance au sein des familles d'accueil.

-Construire un protocole de prévention, et d'intervention en situation de maltraitance.

-Instituer un système de signalement de maltraitements concertés et accessibles pour l'ensemble des intervenants.

2-Accompagnement des familles d'accueil

-Construire des espaces d'échanges d'expériences entre parents d'accueil à travers la création des associations pour familles d'accueil.

-Recruter, former, accompagner et superviser des familles d'accueil aidantes, communautaires, bénévoles, qui pourraient intervenir aux domiciles pour transmettre et partager des modalités d'éducation positive pour les enfants accueillis. Ces familles aidantes communautaires peuvent intervenir de façon précoce auprès des parents d'accueil en difficulté afin de les sensibiliser sur les pratiques éducatives préjudiciables pour l'enfant accueilli, renforcer chez eux des comportements éducatifs positifs qui développent chez l'enfant un sentiment de sécurité interne et stimulent son éveil socio-cognitif.

-Mettre en place un dispositif d'intervention en milieu ouvert constitué par un psychologue et un éducateur de rue pour renforcer et superviser l'action des familles d'accueil communautaires.

3-Professionnalisation des familles d'accueil:

-Créer un statut professionnel qui organise le travail des familles d'accueil.

-Fixer un salaire qui recouvre l'ensemble des charges de l'enfant.

-Mettre en place un dispositif de formation d'accueil régi par la direction générale de promotion sociale et ses divisions régionales.

-Elaborer des kits de formation en vue de pérenniser et de diffuser la formation.

-Désigner un responsable chargé du suivi administratif des familles d'accueil au sein des divisions de promotion sociale.

II-Accompagnement des parents adoptants et des enfants adoptés:

-Offrir aux parents adoptant un dispositif d'accompagnement à la parentalité.

-Créer des espace-temps de paroles pour les parents adoptants.

-Mettre en place des thérapies systémiques et des dispositifs d'accompagnement parent-enfant facile d'accès.

-Construire un dispositif d'intervention en milieu ouvert pour les adolescents adoptés, constitué par un psychologue et un éducateur de rue.

-Formation des différents intervenants (psychologues, éducateurs et assistants sociaux) sur les spécificités de l'adoption.

Séquence 4. Le placement institutionnel

Présentation du contexte :

Cette séquence se concentre particulièrement sur les enfants placés en institution, elle traite du respect des droits fondamentaux des enfants qui sont pris en charge, en dehors de leur milieu familial, suite à une décision administrative et/ou judiciaire.

Notre cadre référent au niveau international s'appuie sur

1. **La convention internationale relative aux droits de l'enfant (ONU, 1989) – CIDE** est le texte légal international qui protège de la manière la plus complète et intégrale les droits humains de tout enfant. Un enfant placé a les mêmes droits que n'importe quel autre enfant, indépendamment de son origine, sa race, sa nationalité, sa langue, son sexe, etc. Il incombe à l'État, par le biais des autorités compétentes, de mettre en œuvre cette Convention après l'avoir signée.
2. **La charte des droits fondamentaux de l'Union européenne** : Il s'agit d'un instrument juridiquement contraignant qui reprend en un texte unique l'ensemble des droits civiques et sociaux des citoyens européens ainsi que de toutes personnes vivant sur le territoire de l'Union
3. **Les Lignes Directrices des Nations Unies relatives à la protection de remplacement pour les enfants** : elles ont comme objectif de passer en revue la Convention internationale relative aux droits de l'enfant avec une attention particulière pour les besoins spécifiques des enfants sans protection parentale¹⁵. Elles analysent de manière transversale les différents droits, non seulement tels qu'ils devraient être reconnus dans les législations nationales, mais surtout la manière dont ces droits peuvent être protégés et intégrés concrètement dans la pratique.

Les articles de la CIDE qui doivent retenir l'attention dans le cadre de toute mesure de placement sont :

L'article 3 qui prévoit que l'intérêt supérieur de l'enfant doit faire l'objet d'une considération primordiale dans toutes les décisions qui concernent les enfants. Cet article stipule que « *les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être...* ».

L'article 9 de la CIDE stipule que « *les États parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant* ».

La CIDE prévoit par ailleurs toute une série de garanties qui devraient être intégrées de manière transversale dans toute politique relative au placement d'enfants.

L'article 20 est consacré dans sa totalité aux enfants soustraits à leur milieu familial et établit que : « *Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'État* »

L'article 27 relatif au niveau de vie établit « *le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social* ».

L'article 39 relatif à la réadaptation et la réinsertion stipule que « *Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence (...). Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant* ».

La charte des droits fondamentaux de l'Union européenne consacre son **article 24** aux droits de l'enfant et rappelle quatre principes fondamentaux :

- le droit des enfants à la protection et aux soins nécessaires à leur bien-être ;
- le droit des enfants à la participation dans les décisions qui les concernent ;
- l'intérêt supérieur de l'enfant comme considération primordiale en toute décision et procédure ;
- le droit des enfants aux contacts réguliers avec les deux parents (sauf si cela est contraire à leur intérêt).

Selon les Lignes Directrices des Nations Unies relatives à la protection de remplacement pour les enfants, le retrait d'un enfant de sa famille d'origine doit toujours être une mesure de dernier recours. Si, malgré ce soutien, l'enfant doit être placé, c'est la responsabilité de l'État de protéger les droits de cet enfant et de garantir une protection de remplacement adéquate.

Le placement doit se réaliser avec toutes les garanties et précautions en tenant compte de la sensibilité de l'enfant.

- Le personnel ne portera en principe aucun uniforme.
- Le contact avec les parents et avec les personnes qui se sont occupées de l'enfant doit être assuré et, le cas échéant, l'enfant devra recevoir des informations régulières à propos de ces derniers (y compris dans les cas de parents emprisonnés ou hospitalisés).
- Le droit de l'enfant à une nourriture saine et suffisante,
- Le droit de l'enfant aux soins médicaux,
- Le droit de l'enfant à une éducation de qualité,
- Le droit de l'enfant au jeu et aux loisirs,
- Le droit de l'enfant au libre exercice de sa religion,
- Le droit de l'enfant au respect de sa vie privée,
- Le droit de l'enfant à un logement adéquat,
- Le droit de l'enfant à un traitement respectueux et digne,
- Le droit de l'enfant à la protection contre toute forme de violence,
- Le droit de l'enfant à la non-discrimination
- Il doit être impérativement respecté dans le cadre du placement.

Même si sur papier et par principe les objectifs des mesures du placement institutionnel s'inscrivent toujours dans l'intérêt supérieur de l'enfant, il est avéré que ces enfants qui, pour de multiples raisons, ne sont pas en mesure de grandir au sein de leurs familles biologiques, se trouvent parmi les plus vulnérables de la société et risquent de subir des violations de leurs droits humains. Ce non-respect de leurs droits et besoins trouve sa source, d'une part dans le fait que le placement implique inévitablement une atteinte ou limitation de certains droits, d'autre part dans le fait que les autorités qui prennent en charge ses enfants ne déploient pas toujours les moyens humains et matériels nécessaires à cet effet.

Ces établissements étaient autrefois perçus comme la meilleure solution de prise en charge pour les enfants vulnérables, sans soutien familial et les enfants présentant divers besoins en termes d'assistance.

Or, l'expérience a montré que la prise en charge institutionnelle produit invariablement des résultats moins bons, en termes de qualité de vie, que les services de proximité de qualité, ce qui se traduit souvent par une vie entière d'exclusion sociale et de ségrégation.

Des recherches scientifiques portant sur le développement précoce de l'enfant montrent que chez les très jeunes enfants, un placement en institution, même relativement bref, peut nuire au développement cérébral et avoir des conséquences sur le bien-être émotionnel et le comportement qui persisteront toute la vie.

Cette diversification des standards internationaux qui protègent les droits des enfants placés et aussi aux organes des Nations Unies, du Conseil de l'Europe, de l'Union européenne, ainsi que d'autres organismes internationaux qui ont développé divers outils autour de cette thématique du placement institutionnel (lignes directrices, recommandations, commentaires, études,...) servira comme référence et base sur laquelle nous allons dépister les écarts et les incohérences entre l'existant en matière de prise en charge des enfants placés en institution et déceler les pistes d'orientation pour l'élaboration des recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

Problématique et enjeux :

La Tunisie a ratifié la Convention internationale des droits de l'enfant, en 1991, et a levé, depuis juin 2008, toutes les réserves la concernant. Elle a promulgué en 1995 un Code de protection de l'Enfant qui est une référence en matière de protection de l'enfant, selon les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Dans ce cadre, plusieurs lois ont été modifiées afin d'améliorer la situation juridique et civile de l'enfant dans les différents domaines ; notamment la loi relative à l'attribution d'un nom patronymique aux enfants abandonnés et de filiation inconnue : **Loi n° 98-75, datant du 28 octobre 1998**, relative à l'attribution d'un nom patronymique aux enfants abandonnés ou de filiation inconnue. - Article premier : « *La mère qui a la garde de son enfant mineur et dont la filiation est inconnue doit lui attribuer un prénom et son nom patronymique ou d'en demander l'autorisation conformément aux dispositions réglementant l'état civil* ».

La Tunisie a également procédé à la création des fonctions de « juge de la famille et juge des enfants », à la nomination à cet effet de plus de 80 juges sur un total de 1500 juges, à la création et la généralisation du corps des DPE dans les différents gouvernorats ainsi qu'à la création de la fonction du Délégué Général à la protection de l'enfance et ce, afin d'améliorer les interventions préventives et de protection de l'enfance en danger et lui octroyer l'aspect légal contraignant surtout à travers l'institution du devoir de signalement au DPE des situations représentant une menace, à l'encontre desquelles seront prises des mesures préventives différentes en concertation avec la justice.

Cependant, il existe un décalage entre la réalité et le cadre législatif.

Sur le plan des programmes et des institutions, les efforts ont été orientés vers la consolidation des programmes de placement familial et de la « kafala » des enfants sans soutien familial, vers la création de 13 unités de vie gérées par des associations à l'intérieur de la Tunisie pour l'accueil provisoire des nourrissons en attendant la régularisation juridique, sociale et familiale de leur situation ainsi que vers l'augmentation des allocations destinées aux familles qui accueillent les enfants sans soutien familial dans le cadre de la formule du placement familial.

Dans le contexte Tunisien, se posent encore des enjeux éducatifs face à la difficulté de trouver à la fois des places disponibles et adaptées aux enfants qui en ont besoin. Cette difficulté renvoie à la question de l'adéquation entre l'offre de prise en charge et les besoins des enfants. La complexité du dispositif tel qu'il existe aujourd'hui pose en outre un défi d'ordre institutionnel qui est, tout en tenant compte de l'ensemble des acteurs impliqués, de parvenir à clarifier les modalités organisationnelles de la prise en charge des enfants et à garantir un pilotage efficace du secteur.

Structures concernées

La séquence quatre se concentre sur la partie du placement institutionnel.

Ces établissements sont comme suit : l'Institut National de Protection de l'Enfance (INPE), unique structure publique qui s'occupe d'enfants sans protection familiale et les 13 pouponnières associatives qui se sont mis en réseau : le RAET (Réseau Amen enfance Tunisie).

Le RAET prend en charge les enfants dès leur naissance, en général pour quelques mois, jusqu'à leur adoption ou placement en famille d'accueil ou encore, dans le meilleur des cas repris par leurs familles biologiques. Dans les pouponnières associatives, quand des enfants atteignent l'âge de deux ans sans être adoptés, ils sont alors transférés à l'INPE. Au-delà de 6 ans, ils quittent l'INPE pour être placés, en général jusqu'à leur majorité, dans des villages SOS.

Les 13 unités de vie sont mentionnées ci-dessous :

1. L'Institut National de Protection de l'Enfance
2. Association Diar El Amal, Ariana
3. Association Diar El Sebil, Tunis
4. Association Voix de l'enfant, Bizerte

5. Association Voix de l'enfant, Nabeul
6. Association La mère et l'enfant, Kélibia
7. Association Horizon du Sahel, Sousse
8. Association Voix de l'enfant, Monastir
9. Association Voix de l'enfant, Mahdia
10. Association Voix de l'enfant, Kairouan
11. Association Errafik, Sfax
12. Association Enfance Espoir, Gabes
13. Association Beity, Gafsa
14. Association Voix de l'enfant, Médenine

Cadre méthodologique

Le dispositif méthodologique prévoit une approche mixte, qualitative et quantitative. Afin de répondre aux objectifs fixés, les instruments suivants ont été retenus:

1. Une analyse documentaire tenant compte principalement des études et analyses produites par les acteurs du système

2. Une analyse des données statistiques existantes sur le placement des enfants : Il s'agit d'un cadre d'analyse qui contient un ensemble d'indicateurs en vue d'assurer une protection optimale des enfants en institutions. Les indicateurs concernent : la situation, les volets légal et politique.

3. Des Focus Group avec les Assistantes Maternelles

4. Des entretiens semi-directifs avec les 13 directrices des unités de vie

5. Pour analyser les prestations des institutions qui ont fait l'objet de l'état des lieux qualitatifs, nous avons élaboré une grille d'observation à travers une nomenclature des activités qui se basent sur une nomenclature des droits des enfants

6. Elaboration du 1^{er} rapport qui présente un état des lieux de l'existant et une première formalisation de recommandations de bonnes pratiques professionnelles

7. Réunion du groupe technique pour dépouillement et discussion du résultat du séminaire de consensus et rédaction d'une deuxième version des recommandations de bonnes pratiques.

8. Soumission de la deuxième version des recommandations de bonnes pratiques à des experts nationaux et internationaux pour lecture et commentaire.

9. Elaboration de la dernière version des recommandations de bonnes pratiques et soumission pour validation à l'instance de gouvernance pluri-acteurs du projet.

Constats et problématiques

LES DROITS FONDAMENTAUX DE L'ENFANT

1. Admission et accueil

Repères Juridiques

Article 22

« De l'avis de la plupart des spécialistes, pour les jeunes enfants, en particulier les enfants de moins de trois ans, la protection de remplacement devrait s'inscrire dans un cadre familial. Il est possible de déroger à ce principe pour éviter la séparation des frères et sœurs et dans les cas où le placement revêt un caractère d'urgence où est prévue pour une période très courte et déterminée à l'avance, l'objectif étant, à termes, le retour de l'enfant dans sa famille ou l'adoption d'une solution appropriée à long terme »

Lignes directrices relative à la protection de remplacement pour les enfants.

Article 4 :

« L'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération majeure dans toutes les mesures prises à l'égard de l'enfant par les tribunaux, les autorités administratives ou les institutions publiques ou privées de la protection sociale.

Doivent être pris en considération, avec les besoins moraux affectifs et physiques de l'enfant, son âge, son état de santé, son milieu familial et les différents aspects relatifs à sa situation ».

Le code de la protection de l'enfant.

Article 47 :

« La dignité, la santé, les soins, l'éducation et l'instruction constituent des droits garantis à l'enfant par son père et sa mère et par l'État. L'État doit assurer aux enfants toutes les formes de protection sans discrimination et conformément à l'intérêt supérieur de l'enfant ».

La Constitution Tunisienne

Article 3 :

« Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ».

La Convention Internationale des droits de l'enfant

Article 20.

« Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, a droit à une protection et une aide spéciale. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafalah de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié »

La Convention Internationale des droits de l'enfant

Items	Références et points à analyser	Constats
Admission et accueil d'un enfant	<p>L'institution (INPE/ UV) assure l'admission de tout enfant référé par les autorités selon une procédure formalisée.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) a mis en place une organisation/procédure pour accueillir et faciliter l'intégration de l'enfant.</p> <p>L'évaluation médicale à l'admission et les premiers soins médicaux préventifs sont définis et dispensés.</p>	<p>La procédure d'accueil et d'admission diffère entre pouponnières associatives membres du RAET et les unités de vie de l'INPE.</p> <p><u>Au sein des pouponnières associatives :</u></p> <p><u>Premier contact :</u></p> <p>Généralement, l'admission se fait à travers un premier contact téléphonique réalisé entre l'assistante sociale de l'hôpital ou le délégué de protection de l'enfance et la directrice de l'association.</p> <p>Lors de ce premier contact, sont abordés les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les éléments anamnestiques concernant l'enfant• Son état de santé• Son état social• Les informations concernant sa mère biologique• Des éléments administratifs et juridiques <p><u>Information du personnel désigné comme responsable de l'admission :</u></p> <p>La directrice à son tour informe l'assistante maternelle en chef, qui prend le dossier en main.</p> <p>L'assistante maternelle en chef :</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe l'équipe (assistantes maternelles) de l'arrivée d'un nouveau né (généralement le sexe du bébé est précisé)• Nomme une assistante maternelle référente (généralement sa désignation dépend de la charge du travail) <p>L'assistante maternelle (présente ce jour là) :</p> <ul style="list-style-type: none">• Prépare le trousseau du bébé (drap, vêtements, biberon)• Désinfecte le berceau qui va lui être approprié

		<ul style="list-style-type: none"> • Colle une étiquette avec son nom et sa date de naissance • Met à la disposition du bébé deux peluches. • Organise la chambre d'accueil (chambre d'isolement) pour une période d'une semaine d'observation. <p>L'assistante maternelle référente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prépare les cahiers qui vont lui être réservés (cahier de souvenir, cahier de jour, cahier de suivi médical et psychologique) <p><u>Procédure d'admission et d'accueil :</u> Une fois l'admission autorisée, une date est fixée pour ramener l'enfant. L'assistante sociale de l'hôpital se charge de préparer le dossier de l'enfant qui contient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le certificat médical de sortie • Le carnet de vaccination • L'enquête sociale • Le carnet de soin • L'extrait de naissance • L'autorisation du placement du juge <p>Un registre d'admission précise l'identité, le sexe, la date, l'heure, la provenance, l'état général de santé et les caractéristiques physiques (poids, taille, périmètre crânien) du nouveau né. Une procédure d'accueil est enclenchée au sein de l'unité de vie à chaque admission d'un nouveau né :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toute l'équipe souhaite la bienvenue au nouveau-né en lui expliquant ce qu'il va faire à l'institution (INPE/ UV) puisque sa mère vient de la confier pendant une période. <p><i>« Tu es la pour bien grandir, tu es un beau bébé, ta mère a choisi que tu viennes ici et nous allons t'aimer, te protéger, prendre soin de toi, te respecter et assurer la continuité dont tu as besoin ».</i> Extrait du guide de bonne pratique, 2007, Voix de l'enfant Nabeul</p> <p>L'enfant est directement transféré à la chambre d'accueil (chambre d'isolement) pendant un à deux jours le temps que le pédiatre arrive (voix de l'enfant Nabeul et Mahdia).</p> <p>L'assistante maternelle, pèse le bébé, afin de lui préparer la première tétée, et prend tout son temps pour l'observer.</p> <p>Généralement, ces derniers arrivent prématurés et dans ces cas là, l'assistante maternelle fait des massages de la mâchoire pour l'aider à tirer le lait, elle choisit la tétine qui s'adapte et elle observe le rythme de tétée du bébé.</p> <p>Le lendemain, le premier bain est effectué. C'est à ce moment là, que l'assistante maternelle effectue l'examen de tout le corps (cheveux, yeux, oreilles,</p>
--	--	---

		<p>nez, orteils, les doigts ...), prend note dans le cahier de jour et le cahier de souvenir.</p> <p>L'entrée de l'enfant dans la chambre des bébés est effective après avis du pédiatre et une autorisation signée faisant suite que l'enfant est en bon état.</p> <p>Des consignes particulières d'enveloppement pour les bébés prématurés, dysmatures ou raides sont alors systématiquement appliquées.</p> <p>La surveillance du poids et de la température sont assurées de façon quotidienne.</p> <p>L'enfant prématuré est pesé chaque jour, à partir de 1 mois, il est pesé chaque mois.</p> <p>Un dossier administratif et médical est ouvert et consigne les informations recueillies à l'arrivée de l'enfant.</p> <p><u>Au sein des unités de vie de l'INPE :</u></p> <p>En raison de la surcharge des enfants (37 enfants par unités de vie au lieu de 20 pour une à deux assistantes maternelles au lieu de quatre) les procédures ne sont pas respectées :</p> <p><u>Premier contact :</u></p> <p>Généralement, l'admission se fait par fax, stipulant l'obligation d'assurer l'admission d'un enfant (trouvé dans la rue, dans une situation à risque, en situation de handicap ...).</p> <p>Comme dans les unités de vie, il arrive qu'un enfant soit intégré avec un dossier incomplet.</p> <p><u>Information du personnel désigné comme responsable de l'admission :</u></p> <p>La directrice du service médical se charge de distribuer les enfants selon l'état de santé, l'âge et le type de handicap. On note 13 enfants en situation de handicap par unité de vie.</p> <p>Le médecin responsable de l'unité de vie, se charge d'informer l'équipe de l'arrivée d'un nouveau-né/enfant.</p> <p>Il n'y a pas de désignation d'une assistante maternelle référente.</p> <p>Aucun enfant n'a de suivi particulier avec une assistante maternelle.</p> <p>Une fois, l'examen médical de l'enfant est assuré, l'enfant est directement transféré dans son lit. On note deux à trois enfants par lit.</p>
--	--	--

2. Le droit au respect de l'enfant

Repères Juridiques

Article 7 :

« L'enfant a le droit à un nom dès la naissance, il doit acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, il doit connaître ses parents et être élevé par eux. »

La Convention Internationale des droits de l'enfant

Article 5 :

« Chaque enfant a droit à une identité dès sa naissance. L'identité est constituée du prénom, du nom de famille, de la date de naissance et de la nationalité ».

Le Code de la Protection de l'Enfance

Article 47 :

« La dignité, la santé, les soins, l'éducation et l'instruction constituent des droits garantis à l'enfant par son père et sa mère et par l'État. L'État doit assurer aux enfants toutes les formes de protection sans discrimination et conformément à l'intérêt supérieur de l'enfant ».

La Constitution Tunisienne

Ligne 100 :

« Pour aider l'enfant à prendre conscience de son identité, il faudrait tenir, avec la participation de l'enfant, un « cahier de vie » regroupant des renseignements, des photos, des objets personnels et des souvenirs marquant chaque étape de sa vie. Ce cahier devrait être tenu à la disposition de l'enfant tout au long de sa vie ».

Lignes directrices de protection de remplacement

Ligne 110 :

« Les dossiers des enfants bénéficiant d'une protection de remplacement devraient être complets, actualisés, confidentiels et gardés en lieu sûr. Ils devraient comprendre des informations sur l'admission et le départ de chaque enfant, et sur la forme, le contenu et les détails du placement, ainsi que les documents d'identité pertinents et d'autres renseignements personnels. Des renseignements sur la famille de l'enfant devraient figurer dans le dossier de l'enfant comme dans les rapports périodiques d'évaluation. Ce dossier devrait suivre l'enfant pendant toute la période de placement et être consulté par les professionnels autorisés s'occupant de l'enfant ».

Lignes directrices de protection de remplacement

Ligne 116 :

« Il faut veiller à promouvoir et à garantir tous les autres droits particulièrement pertinents pour les enfants privés de protection parentale, y compris, mais pas uniquement, le droit d'accéder aux services d'éducation et de santé et aux autres services de base, le droit à une identité, la liberté de religion ou de croyance, le droit de pratiquer sa langue, et le droit à la propriété et à l'héritage ».

Lignes directrices de protection de remplacement

« Construire un projet de placement individualisé reposant à la fois sur le développement des capacités et aptitudes de l'enfant et sur le respect de son autonomie, ainsi que sur le maintien des contacts avec le monde extérieur et la préparation de l'enfant à la vie future hors de l'institution ».

Conseil de l'Europe, Recommandation Rec. (2005)5 du Comité des Ministres aux Etats membres relative aux droits des enfants vivant en institution

Items	Références et points à analyser	Constats
<p>Le droit à un nom et à la préservation de l'identité</p>	<p>L'institution (INPE/ UV) veille à l'identité de l'enfant.</p> <p>Le Centre, en collaboration avec l'état civil, affecte un nom et un prénom à tout enfant admis et immédiatement à son arrivée.</p> <p>Le nom de l'enfant est communiqué aux personnels.</p> <p>L'enfant est nommé quand on s'adresse à lui</p>	<p><u>Au sein des pouponnières associatives :</u></p> <p>Le nom et prénom de l'enfant sont communiqués à tous les professionnels de la pouponnière.</p> <p>L'enfant est nommé quand on s'adresse à lui.</p> <p>Les objets de l'enfant sont conservés lors de son admission, si la mère vient rendre visite à l'enfant, la directrice lui demande de laisser son écharpe à côté de lui.</p> <p>Deux jouets sont directement donnés à l'enfant et l'accompagnent durant tout son séjour dans la pouponnière. Le lit de l'enfant porte son nom et prénom.</p> <p>La question des extraits de naissance n'est pas un problème courant au sein des pouponnières associatives cependant, il arrive que si l'enfant est né dans une autre région et que l'hôpital ne prend pas l'initiative de le déclarer et s'il est directement transféré dans une région autre que celle de sa naissance, toutes les procédures d'enregistrement prennent du retard.</p> <p>Un deuxième cas de figure celui où la mère accouche à la maison, et ne le déclare pas, une fois elle l'abandonne, il faudrait lancer une procédure judiciaire pour affecter un nom à l'enfant. Dans ce cas là, la procédure peut durer plus d'un an, puisqu'il faut faire intervenir des témoins.</p> <p>Certaines pouponnières associatives restent intransigeantes sur ce point, aucun enfant n'est admis sans extrait de naissance.</p> <p><u>Au sein des unités de vie de l'INPE :</u></p> <p>L'enfant est tantôt nommé quand on s'adresse à lui, tantôt il est identifié par un numéro. (exemple : biberon du 05-7 ; c'est-à-dire l'enfant n°5 de l'unité numéro 7)</p> <p>Nous retrouvons des enfants sans extraits de naissance depuis 2011 (20 dossiers) et ceux en raison de la non identification des parents. un enfant de 6ans et demi est encore sous la tutelle de l'INPE à cause d'un extrait de naissance.</p>
<p>La non discrimination et le respect de l'enfant</p>	<p>L'institution (INPE/ UV) veille à ce que tous les enfants soient traités avec dignité et de la même manière quels que soient leur origine, leur sexe, leur race, leur langue, leur</p>	<p><u>Au sein des pouponnières associatives :</u></p> <p>Les unités de vie veillent au respect à la dignité et condamnent toute action et attitude qui porte atteinte à sa dignité.</p> <p>La direction de l'association ne dispose pas de nomenclature ni d'échelle de gravité du non respect de l'enfant.</p> <p>La notion de maltraitance n'est pas formulée et affichée au sein de l'unité de vie.</p>

	<p>particularité (handicap, maladie...)</p>	<p>Les assistantes maternelles sont informées de l'obligation de dénoncer un fait de maltraitance. Ceci est consigné dans le procès-verbal des réunions ainsi que dans le cahier des activités.</p> <p><u>Au sein des unités de vie de l'INPE :</u></p> <p>Nous retrouvons une maltraitance « ordinaire », « institutionnelle » ou encore appelée une violence « douce », elle revêt un caractère insidieux et banalisé tout le personnel arrive à expliquer les raisons de cette maltraitance qui se fait malgré elles (surcharge, insuffisance du personnel, le turn-over...)</p> <p>Déjà, pour l'accueil des enfants, la première question qu'elles se posent : enfant (sain) ou enfant en situation de handicap, ensuite c'est quel type de handicap ?</p> <p>La direction de l'INPE ne dispose pas de nomenclature ni d'échelle de gravité du non respect de l'enfant. Il est à noter que seul est mentionné comme acte de maltraitance est celui des violences physiques, les autres actes de maltraitance ne sont pas contrôlables et ne peuvent l'être.</p> <p><i>« Tout est fait pour produire de la maltraitance : les locaux sont laids, non refaits, non restaurés, les conditions d'hébergement sont mauvaises. Le personnel n'a pas les moyens de travailler correctement . » (Cadre de santé)</i></p> <p><i>« Vu le contexte actuel de l'institution, il y a peu d'effectifs, un fort taux d'absentéisme, des personnels épuisés. Avec les restrictions budgétaires, on évite de remplacer les personnels qui s'en vont. Les personnels vont au plus pressé, on n'a pas le temps de suivre le rythme de l'enfant, on éprouve beaucoup de frustration ». (Assistante maternelle)</i></p> <p><i>« L'organisation est maltraitante : quand il ya une assistante maternelle qui gère 37 enfants dont 13 sont très dépendant en vue de leurs bas-âge et 13 sont très dépendants en vue de leurs situation de handicaps. C'est un contexte qui favorise la maltraitance ; la tension sur les effectifs, le turn-over important, le manque de qualification et le manque d'encadrement, produisent de la maltraitance ... » (Cadre de santé)</i></p>
<p>Le projet individualisé de l'enfant</p>	<p>La prise en charge est individualisée, pluridisciplinaire, interdisciplinaire et concertée.</p> <p>Les projets personnalisés sont formalisés et les modalités de partage des informations individuelles sont définies au sein de l'équipe.</p> <p>Une démarche interne et des espaces de travail en commun permettent de garantir un éclairage</p>	<p>Au sein des pouponnières associatives comme au sein de l'INPE , on note une absence de projet individualisé de l'enfant. Le projet personnalisé et sa mise en œuvre sont les conditions nécessaires du meilleur accompagnement possible auprès des enfants accueillis.</p> <p>Il est l'outil principal au quotidien qui alimente ou réoriente ce que le projet du service élabore en direction des enfants et de la famille (biologique ou adoptante).</p> <p>Le projet personnalité doit être élaboré dès l'admission de l'enfant dans la pouponnière.</p> <p>Cette démarche n'est pas suivie au niveau des unités de vie d'une manière formelle et procédurale.</p> <p>En effet, l'enfant ne bénéficie pas de projet individualisé où il est mentionné (le parcours de l'enfant, le suivi et</p>

	<p>interdisciplinaire pour évaluer les situations et élaborer le projet personnalisé</p> <p>Les actions et activités sont menées de manière complémentaire et concertée pour mettre en œuvre les projets personnalisés.</p> <p>Le projet individualisé est concerté et défini, si cela est possible, avec la mère, le père, la famille, le tuteur.</p> <p>Des actions et un dispositif sont mis en place afin de garantir la continuité des parcours en fin d'accompagnement</p>	<p>accompagnement des visites, une synthèse du projet par hiérarchie des objectifs et une évaluation du projet de l'enfant).</p> <p>Par contre, il bénéficie par exemple au sein de l'INPE d'un fort <u>EXAMEN</u> médical grâce à une équipe pluridisciplinaire comportant des kinésithérapeutes, des nutritionnistes, des hygiénistes, des orthophonistes, un technicien en pédiatrie...</p> <p>Par contre pour le <u>SUIVI</u>, il se fait au cas par cas, les spécialistes choisissent des enfants qui sont plus en demandes que d'autres en vue de l'incapacité de faire le suivi de 37 enfants par unités.</p> <p>Au sein de certaines associations, une initiation a été faite par le recrutement de psychologue et psychomotricienne pour le suivi et l'évaluation psychologique et développementale des enfants.</p> <p>De même, nous notons au sein de certaines associations une démarche d'intervention se fait à travers un accompagnement de la mère biologique où on lui offre une aide matérielle, sociale, juridique et financière en vue de faciliter l'insertion sociale et professionnelle de la mère célibataire et la reprise de son enfant de l'unité de vie.</p> <p>La démarche initiée du projet individualisé relève du « sur mesure » et non du standard.</p> <p>Le projet personnalisé se construit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>bilan de situation</u> : <p>Il existe dans toutes les pouponnières une enquête sociale de l'enfant, de la mère et rarement du père. A partir des données mentionnées, la direction de L'institution (INPE/ UV) estime un temps de séjour pour l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'il ya un délaissement parental, la procédure judiciaire d'adoption ne prend pas beaucoup de temps. • Si la mère est dans une phase d'hésitation, le placement est provisoire et un travail d'accompagnement à la parentalité avec un souci de maintien du lien familial normalement devrait se mettre en œuvre. Qui est quasiment absent. • Si la mère est absente, ou a pris la fuite, le placement est aussi provisoire mais la procédure prendra plus de temps, en espérant trouver les coordonnées de cette dernière. <p>La durée de séjour en 2016 :</p> <p>INPE : Pouponnières associatives</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>De 0-6 mois :</td> <td>43%</td> <td>des enfants</td> <td>De 0-6</td> </tr> <tr> <td>mois :</td> <td>60%</td> <td>des enfants</td> <td></td> </tr> <tr> <td>De 6-12 mois :</td> <td>28%</td> <td>des enfants</td> <td>De 6-</td> </tr> <tr> <td>12 mois :</td> <td>33%</td> <td>des enfants</td> <td></td> </tr> </table>	De 0-6 mois :	43%	des enfants	De 0-6	mois :	60%	des enfants		De 6-12 mois :	28%	des enfants	De 6-	12 mois :	33%	des enfants	
De 0-6 mois :	43%	des enfants	De 0-6															
mois :	60%	des enfants																
De 6-12 mois :	28%	des enfants	De 6-															
12 mois :	33%	des enfants																

		<p>12 mois et plus : 30% des enfants 12 mois et plus : 7% des enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>identification des problèmes et des ressources</u> : <ul style="list-style-type: none"> • L'identification des problèmes et des ressources est un souci que généralement la directrice (pouponnières associatives) ou le responsable du service juridique (INPE) prend en charge. Il n'y a pas d'échanges avec le personnel sur la situation sociale et juridique de l'enfant. • Par contre, au niveau des problèmes qui sont en lien avec la santé de l'enfant, des réunions d'équipe se font au niveau des pouponnières associatives et les unités de vie de l'INPE pour essayer de trouver une solution. • <u>détermination des besoins</u> (d'accompagnement, d'intervention....). <ul style="list-style-type: none"> Au sein des pouponnières associatives : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines associations ont mis en place des conventions de partenariat avec un psychologue. • Par contre, aucune associations n'a de conventions avec un psychomotricien ou un éducateur spécialisé pour suivre l'évolution des enfants. • L'accompagnement des enfants se fait à travers les assistantes maternelles. Au sein des unités de vie de l'INPE : <ul style="list-style-type: none"> Suite aux problèmes de santé rencontrés par environ 90 enfants, le staff para-médical n'arrive pas à subvenir aux besoins de tous les enfants, par contre nous notons une évolution de certains enfants qui présentent des retards ou en situation de handicaps. (retard de langage, troubles du langage, troubles d'adaptation, bégaiement, malvoyance, retard mental, trisomie 21...) • <u>définition des objectifs à atteindre.</u> <p>Aucune pouponnière ne se fixe des objectifs à atteindre avec tous les enfants accueillis. C'est généralement au niveau du tribunal que les procédures se font et une fois le jugement est décidé, c'est à ce moment là que l'intervention de la directrice / responsable se fait.</p> <p>Les objectifs qui sont fixés au niveau des associations, sont au niveau de l'état de santé de l'enfant. « <i>Il est de notre responsabilité de prendre soin de l'enfant au niveau de son hygiène, sa sécurité, son alimentation et son développement</i> » (directrice voix de l'enfant Mahdia)</p> <p>C'est un projet global qui tient compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du travail sur le soutien de la relation mère- enfant : il est recommandé de travailler sur le maintien de cette relation
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • De la santé physique et psychologique (accompagnement de la grossesse, suivi médical de l'enfant, santé de la mère,.....) : la directrice de L'institution (INPE/ UV) n'est tenu au courant de l'admission qu'après accouchement. Aucune intervention n'est faite avant. (cf. séquence 1) • De la vie quotidienne (maîtrise de l'environnement social, gestion du budget, organisation quotidienne,.....) • Des relations familiales et sociales (place de la famille et du ou des père(s), des différents compagnons,....) : il n'ya pas de travail de médiation familiale (contact de la famille élargie ...) • De la démarche de formation ou d'insertion professionnelle : au niveau des trois pouponnières, un travail sur l'insertion professionnelle a été fait. • De la recherche de modes d'accueil appropriés pour l'enfant : <p>L'association voix de l'enfant Mahdia vient de faire son premier pas vers la désinstitutionalisation en promouvant les familles d'accueil et la professionnalisation de service. Ainsi, elle s'est lancée dans une expérience pilote sur la mise en œuvre d'un dispositif de placement familial en partenariat avec la direction régional des affaires sociales de Mahdia.</p> <p>Une convention de partenariat a été signée qui vise le renforcement et le soutien matériel et psychosocial de ces familles afin qu'elles puissent jouer pleinement leur rôle de protection.</p> <p>Au niveau du choix des modes d'accueil appropriés pour l'enfant, malheureusement, le choix n'est pas large, le premier recours se fait aux pouponnières, puisque le recours aux familles d'accueil n'est pas du tout développé dans les régions.</p> <p>Au niveau de l'INPE :</p> <p><u>Au niveau des pouponnières associatives</u></p> <p>Adoption : 94 Adoption : 133</p> <p>Kafala : 27</p> <p style="padding-left: 100px;">Kafala : 68</p> <p>Retour famille biologiques : 72 Retour</p> <p>famille biologiques : 75</p> <p>Autres institutions : 20</p> <p style="padding-left: 100px;">Autres institutions : 3</p> <p>Famille d'accueil : 68</p> <p>Famille d'accueil : 0</p>
Evaluation individuelle des besoins	Les besoins des enfants font l'objet d'une évaluation individuelle. Ces évaluations sont mentionnées dans le	<p><u>Au sein des pouponnières associatives :</u></p> Il y a une évaluation de la situation de l'enfant permettant de déterminer le choix des interventions répondant à ses besoins,

	dossier de l'enfant, les besoins identifiés font l'objet d'une réponse adaptée	<p>au cas où l'assistante maternelle référente détecte un retard développemental. Cette évaluation se fait au niveau des réunions d'équipe une fois par mois. Il n'y a pas de recours à une équipe pluridisciplinaire dans ces évaluations. Absence d'outils d'évaluations. L'observation que fait la directrice et/ou de l'assistante maternelle est le seul outil d'évaluation de l'état et des besoins de l'enfant. S'il y a détection d'un problème de santé, le recours est fait immédiatement au pédiatre.</p> <p><u>Au sein des unités de vie de l'INPE :</u> Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, il ya une évaluation et un suivi individuel des besoins médicaux et paramédicaux des enfants sélectionnés comme prioritaire dans les soins. L'évaluation se fait seulement au niveau médical.</p>
--	--	--

3. Le droit à la vie privée et la sécurité de l'enfant

Repères Juridiques

Article 16 :

« L'enfant a le droit d'être protégé contre toute immixtion dans sa vie privée, sa famille, son domicile et sa correspondance, et contre les atteintes illégales à son honneur ».

Convention Internationale des Droits de l'Enfance

Article 6 :

« Chaque enfant a droit au respect de sa vie privée, tout en considérant les droits et les responsabilités de ses parents ou de ceux qui en ont la charge, conformément à la loi ».

Code de la Protection de l'Enfance

Article 31

« 1. Les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique.»

Convention Internationale des Droits de l'Enfance

Items	Références et points à analyser	Constats
<p>Le droit d'être protégé</p>	<p>Un système est mis en place pour assurer la surveillance de l'enfant tout en veillant à maintenir la promotion de son autonomie et son épanouissement.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) a défini une politique de sécurité.</p> <p>Les locaux répondent aux normes de sécurité (risque incendie, circuit électrique). Les professionnels sont informés des conduites à mener en termes de sécurité.</p>	<p><u>Au sein des pouponnières associatives :</u></p> <p>Les assistantes maternelles assurent la surveillance des enfants jour et nuit.</p> <p>Pour les trois associations, le nombre d'assistantes est proportionnelle au nombre d'enfants pris en charge.</p> <p>La nuit, les assistantes maternelles se réveillent chaque 2h pour vérifier les enfants, mis à part les nouveaux nés qui nécessite une levée chaque une heure.</p> <p>Une pouponnière (voix de l'enfant Mahdia) parmi les 3 dispose d'une caméra de surveillance dans toute l'unité de vie.</p> <p>La directrice de l'association, est en permanence en train de superviser l'équipe à travers les caméras.</p> <p>Pour l'association voix de l'enfant Nabeul, la direction de L'institution (INPE/ UV) n'est pas d'accord pour installer des caméras de surveillance pour ne pas intimider les assistantes maternelles qui reste en tenue décontractée dans la salle d'activité. La surveillance des enfants et par conséquent des assistantes maternelles restent au hasard.</p> <p>En ce qui concerne la prévention des accidents domestiques, des affichages sont mis dans toutes les unités de vie.</p> <p>Toutes les institutions n'ont pas défini une politique de sécurité.</p> <p>Les locaux répondent aux normes de sécurité (risque incendie, circuit électrique).</p> <p>Les assistantes maternelles ne sont pas formées sur la prévention et la gestion des risques et incidents/ accidents : évacuation incendie, gestion d'un feu et extinction d'un feu et l'utilisation pratique d'un extincteur. La seule formation qu'elles ont eu était une formation en secourisme avec le croissant rouge qui a duré une heure, le formateur a lui-même montré les actes de secourisme mais aucune d'entre elles n'a fait une simulation.</p> <p><u>Au sein des unités de vie de l'INPE :</u></p> <p>L'enfant est loin d'être protégé.</p> <p>Deux à trois nourrissons par lit.</p> <p>Pas de caméra de surveillance.</p> <p>L'unité occupe une assistance le jour comme la nuit qui s'occupe de 37 enfants dont 26 sont très dépendants.</p> <p>Aucune supervision de l'équipe.</p> <p>Les enfants subissent une maltraitance institutionnelle en vue du manque d'effectifs du personnel et du manque de moyens de l'institut.</p> <p>Le droit de la protection de l'enfant est loin d'être promu.</p>

<p>Le droit au jeu et au loisir :</p>	<p>Au niveau des pouponnières associatives visitées, la notion de rythme de l'enfant est respectée.</p> <p>En effet, l'idée du projet de groupe qui privilégie le développement socio-affectif, psychomoteur, intellectuel, langagier et créatif de l'enfant en respectant son rythme, ses compétences tout en tenant compte des ses particularités propres, a été initiée au niveau des formations sur l'approche droit, le droit au jeu, et les étapes du développement psychomoteur de l'enfant.</p> <p>Comme nous l'avons souligné auparavant, une initiation a été prise dans les régions de Nabeul et de Mahdia, avec le recrutement de psychologue et de psychomotricienne afin de travailler sur la stimulation de l'enfant.</p> <p>Cette orientation sur le projet de groupe nécessite une prise en charge pluridisciplinaire afin d'avoir un accompagnement adapté à travers une proposition des activités adaptées, ce qui signifie que stimuler n'est pas sur-stimuler, tenir compte des limites et des compétences de chacun, établir, respecter et faire évoluer des projets individuels établir, respecter et faire évoluer des projets d'activités, élaboration d'un partenariat avec l'ensemble des professionnels, travailler en collaboration avec les parents s'ils sont disponible, veiller à centrer les activités sur les besoins, les désirs et les compétences des enfants, élargir le champ d'action des activités, diversifier les activités et leur contenu.</p> <p>Au niveau de L'institution (INPE/ UV) de Nabeul, les bénévoles contribuent efficacement au maintien de la promotion des droits des enfants, leur autonomie et leur épanouissement pendant les temps libres. Ces derniers ont un planning clair et précis par jour et par heure qui stipule les activités à faire par enfant.</p> <p>Une convention d'engagement réciproque a été signée à l'association voix de l'enfant Nabeul entre les bénévoles et la direction de L'institution (INPE/ UV) qui stipule que le bénévole s'engage à stimuler et favoriser le développement psychomoteur de l'enfant, à favoriser ses habiletés affectives et sociales à travers le jeu, à suivre les recommandations des assistantes maternelles, à ne pas privilégier les activités avec un seul enfant, à respecter les horaires et disponibilités convenues.</p> <p>Les assistantes maternelles sont de plus en plus sensibilisées à la promotion des droits des enfants au jeu, leur autonomie et leur épanouissement pendant les temps libres, des affichages de programmes d'activités sont disponibles dans la salle d'activité, dans chaque réunion d'équipe les assistantes discutent le développement psychomoteur de chaque enfant avec les activités prévues.</p> <p>Au niveau de l'association voix de l'enfant Nabeul, deux psychomotriciennes bénévoles sont disponibles deux fois par semaine pour suivre le développement des enfants.</p> <p>Une psychologue bénévole est disponible à l'association voix de l'enfant Mahdia et voix de l'enfant Nabeul, une fois par semaine pour animer des groupes de paroles et une analyse des pratiques professionnelles des assistantes maternelles.</p>
--	--

		<p>Parmi les recommandations qui ont été faites aux psychologues et psychomotriciennes est de se rendre au bureau du RAET pour pouvoir suivre le travail fait au sein de L'institution (INPE/ UV) et être suivi par la responsable d'appui technique aux pouponnières- psychologue de formation et le coordinateur général du RAET- psychologue de formation.</p> <p><u>Au niveau des unités de vie de l'INPE :</u> Le rythme de l'enfant n'est pas respecté, ni dans l'alimentation, ni dans le développement psychomoteur, ni dans le sommeil. Les salles de jeux sont fermées en vue d'absence d'animatrices pour enfants. La situation des enfants interpelle à des niveaux prioritaires de droit, de droit humain, de droit de l'enfant, de droits des personnes en situation de handicap L'aménagement de l'espace est inadapté aux besoins de l'enfant. Les programmes éducatifs restent fragmentés et ne s'inscrivent dans aucune démarche de projet de vie. Une absence significative d'interaction des enfants avec le monde extérieur se limite à des visites irrégulières de la part de quelques personnes et des sorties exceptionnelles pour faire quelques activités ou pour des consultations médicales</p>
<p>La promenade :</p>		<p><u>Au niveau des pouponnières associatives :</u> Même si rares sont les sorties des enfants, elles se font dans la sécurité totale. Les occasions qui se présentent aux enfants pour sortir sont soit pour aller à l'hôpital, soit pour aller se baigner en été. L'autorisation de sortie est donnée à la directrice suite à une demande de l'Institut National de Protection de l'Enfance ou du juge de la famille. L'enfant n'a pas le droit de quitter l'unité de vie pour une promenade sans autorisation au préalable. Heureusement, le RAET avec l'INPE ont pris l'initiative de rectifier la convention entre les associations- unités de vie pour ajouter une clause sur le droit de faire sortir l'enfant pour une promenade en vue de découvrir le monde extérieur.</p> <p><u>Au niveau des unités de vie de l'INPE :</u> Une forte discrimination se fait pour la sortie des enfants en situation de handicap. Les activités de jour, de loisir et récréatives, demeurent rudimentaires et ne remplissent aucunement le besoin à des activités et des jeux adaptés et accessibles dans le milieu ordinaire.</p>

<p>Le droit à la vie privée : le secret professionnel</p>	<p>Tous les professionnels de l'institution (INPE/ UV) sont tenus au secret professionnel.</p>	<p>On entend par secret professionnel « l'obligation, pour les personnes qui ont eu connaissance de faits confidentiels, dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions, de ne pas les divulguer, hors les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret ».</p> <p>Le secret professionnel n'est pas un droit que le professionnel peut opposer, mais bien une obligation qui s'impose à lui sous peine de sanction pénale.</p> <p>Plus encore, il s'agit d'une obligation d'ordre public, instaurée dans l'intérêt général.</p> <p>Parallèlement, le secret professionnel garantit le droit au respect de la vie privée, droit affirmé par de nombreux textes nationaux et internationaux.</p> <p><u>Au niveau des pouponnières associatives comme au niveau des unités de vie de l'INPE :</u></p> <p>Toutes les assistantes maternelles sont tenues au secret professionnel tel que stipulé, sommairement, dans leurs contrats d'embauche.</p> <p>Elles sont informées de cette obligation du secret liée à la vie privée de l'enfant.</p> <p>Cette obligation n'est pas inscrite dans une charte et/ou règlement intérieur et aucune formation sur le secret professionnel n'a été faite au préalable.</p>
--	--	---

4. Le droit à la participation des enfants

Repères Juridiques

Article 16 :

« L'enfant a le droit d'être protégé contre toute immixtion dans sa vie privée, sa famille, son domicile et sa correspondance, et contre les atteintes illégales à son honneur ».

Convention Internationale des Droits de l'Enfance

Article 12

1 | Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'un organisme approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

Convention Internationale des Droits de l'Enfance

Article 13

1 | L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.

2 | L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires : a - au respect des droits ou de la réputation d'autrui ; ou b - à la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publique

Convention Internationale des Droits de l'Enfance

Article 17

Les États parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale.

A cette fin, les États parties :

a - Encouragent les médias à diffuser une information et des matériels qui présentent une utilité sociale et culturelle pour l'enfant et répondent à l'esprit de l'article 29 ;

b - Encouragent la coopération internationale en vue de produire, d'échanger et de diffuser une information et des matériels de ce type provenant de différentes sources culturelles, nationales et internationales ;

c - Encouragent la production et la diffusion de livres pour enfants ;

d - Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire ;

d - Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire ;

e - Favorisent l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être, compte tenu des dispositions des articles 13 et 18.

Convention Internationale des Droits de l'Enfance

Items	Références et points à analyser	Constats
<p>Le droit à l'information</p>	<p>La pouponnière a défini des modalités de conservation des informations relatives à la vie de l'enfant.</p> <p>La pouponnière a mis en place une organisation facilitant l'observation et l'écoute des enfants.</p>	<p>Les informations recueillies, lors de l'admission de l'enfant et celles collectées auprès des partenaires sont mentionnées dans le dossier individuel de l'enfant qui est conservé, archivé et sécurisé.</p> <p>Le dit-dossier est composé de plusieurs cahiers à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les outils de l'écrit :</u> • Le cahier de jour ou encore appelé le cahier de liaison , accessible à l'ensemble du personnel du jour comme de nuit, où toutes les actions faites auprès du nourrisson sont mentionnées (nombre de changes, nombre de tétée, température, mensurations ...) dans ce cahier , est noté tous les éléments d'organisation du quotidien préparés en équipe ou transmis de l'un à l'autre, toutes les informations essentielles, les événements importants de la journée, comme de la nuit. Il permet de cibler les situations qui nécessitent une attention ou des soins particuliers. Ce cahier est centré sur les soins. • Le cahier d'activité où est mentionné toutes les activités faites avec le bébé (jeux, chants, activité motrice, visite de la mère ...). Ce cahier est centré sur la stimulation de l'enfant. • Le cahier de transmission où est mentionné l'état de santé des enfants et une alerte s'il ya un bébé malade (fièvre, diarrhée, rougeurs, perturbation du sommeil ...). Ce cahier est centré sur les alertes auprès des enfants malades. • Ces trois cahiers sont accessibles à tous le personnel. • Le cahier social où sont mentionnées les données qui concerne la situation social et juridique de l'enfant. Il est confidentiel et sous la responsabilité de la directrice. • Le carnet de santé de l'enfant qui est propre aux médecins, kiné, infirmiers ... • Le cahier de souvenir qui est propre à chaque enfant om l'assistante maternelle décrit chaque étape de développement de l'enfant (le premier sourire, la première dent, les premiers mots, les préférences...) <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les outils de transmission orale et les temps de réunion :</u> • <i>Les temps de transmission</i> <p>Ce sont les passages de relais entre les professionnels lors des prises et des fins de service. Indispensables pour une coordination de qualité, en particulier entre les personnels de jour et de nuit.</p> <p>A l'association voix de l'enfant Médenine, une salle de réunion est réservée aux temps de transmissions. L'assistante maternelle en chef doit être obligatoirement présente.</p> <p>A l'association de Nabeul et de Mahdia, la transmission se fait dans la chambre des enfants, s'il ya un enfant malade, l'équipe vient directement devant le lit de l'enfant pour discuter son état, si tous les enfants vont bien, la transmission se fait au milieu de la salle.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les réunions d'équipe</i> <p>Dans toutes les unités de vie, elles ont lieu une fois par mois en présence de la directrice.</p> <p>Les membres du personnel de jour qui ne sont pas en congé y assistent.</p> <p>Elles sont centrées principalement sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transmission d'informations pour la bonne marche du groupe - point ponctuel sur les enfants - mise en œuvre d'actions plus globales et de projets à court terme (plus de stimulation, contacter le pédiatre s'il a un retard du développement...)
--	--	---

LES PRESTATIONS DE LA POUPONNIERE AU PUBLIC ACCEUILLI

La référence

Article 24

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;

b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Article 27

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

2. C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.

3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment **en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.**

Convention Internationale des Droits de l'Enfance

Items	Références et points à analyser	Constats
<p>L'évaluation médicale</p>	<p>La pouponnière a mis en place une organisation permettant d'assurer des prises en charge pluridisciplinaires coordonnées, reposant sur les besoins et attentes de l'enfant et sur un partage d'information consignée dans un dossier individuel. La pouponnière organise une surveillance médicale régulière des enfants, pour prévenir et mettre en place les soins nécessaires. La pouponnière gère les prescriptions, l'administration et le suivi des traitements médicamenteux selon des procédures formalisées.</p>	<p>Au sein des pouponnières associatives : Une évaluation médicale est assurée par un médecin, consignée dans le dossier médical de l'enfant. Cette évaluation est faite en présence de l'assistante maternelle en chef et une assistante maternelle présente ce jour là. L'évaluation médicale à l'admission et les premiers soins médicaux préventifs sont connus et formulés dans un protocole mis dans le livret des bonnes pratiques existant dans certaines pouponnières. Les examens à assurer sont formalisés dans le projet médical (mensurations, sérum antitétanique, vitamines, dépistage VIH, le développement moteur) La pouponnière organise régulièrement une surveillance médicale des enfants, pour prévenir et mettre en place les soins nécessaires. Le protocole des soins est défini et formalisé dans le livret des bonnes pratiques (conduite à tenir en cas de diarrhée, conduite à tenir en cas de fièvre, conduite à tenir en cas de conjonctivite, conduite à tenir en cas de muguet, conduite à tenir en cas de reflux). Il n'y a pas de fiche de poste pour l'assistante maternelle, par contre celle de la directrice et de l'assistante maternelle en chef existe précisant les responsabilités de chacun en matière de mise en œuvre et suivi de soins mais ne sont pas encore validées et mise en œuvre. Les vaccinations pour chaque enfant sont planifiées et assurées en lien avec le centre de santé de référence et en faisant usage du carnet de soins de chaque enfant. La planification des visites médicales est définie par tranche d'âge Un suivi rapproché pour les nourrissons prématurés (chaque jour)</p>

	<p>Une consultation médicale mensuelle pour les bébés âgés de 1 à 6 mois, Une consultation médicale mensuelle pour les bébés de 6 mois à 1 an, Au moins une consultation médicale mensuelle jusqu'à 2 ans. Un repérage des déficiences est assuré conjointement par un médecin, l'infirmier(e) et les observations des assistantes maternelles. Les bilans, le suivi maladies et traitements, dont ceux assurés à l'extérieur, sont consignés dans le dossier médical de l'enfant. Les conduites à tenir en cas d'urgence et/ou d'hospitalisation et les circuits d'autorisation sont clarifiées oralement si l'enfant doit bénéficier de soins extérieurs Les mesures de prévention : repérage déficience, dénutrition, risques infectieux, soins corporels sont précisées, décrites, affichées et formalisées dans le livret des bonnes pratiques (désinfection et hygiène, le lavage des mains, le lavage des yeux, du nez, le bain du nourrisson, le changement de couches, les étapes du développement de l'enfant...) Il n'ya pas de procédure en cohérence avec la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, et le personnel n'est pas formé à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Les médicaments sont stockés dans un lieu sécurisé avec désignation des responsables de la pharmacie. Le circuit du médicament (prescription, achat ou sortie des stocks, administration) n'est pas codifié par une procédure. Le suivi du développement psychologique et psychomoteur de l'enfant est fait suivant le cahier « bleu » (cahier du suivi médical et psychologique), si les assistantes maternelles détectent un retard remarquable dans les étapes, une alerte est portée à la directrice. A ce moment là, une réunion d'équipe est organisée pour prendre les mesures nécessaires. Généralement, la directrice contacte le pédiatre qui lui portera conseil quant aux directives de prise en charge. Les assistantes maternelles ont été formées sur le développement psychomoteur de l'enfant, le suivi et la mise en place d'un programme d'activités selon le rythme, les besoins et les attentes de chacun.</p> <p>Au sein des unités de vie de l'INPE : L'INPE compte à peu près 4 médecins dont 2 pédiatres et 2 médecins généralistes, 7 kinésithérapeutes, 1 ergothérapeute, des hygiénistes et des nutritionnistes. La prise en charge peut être considérée comme pluridisciplinaire mais la réduction des effectifs, l'absentéisme font peser sur les professionnels des contraintes de temps qui les conduisent à arbitrer</p>
--	--

		<p>en faveur des actes techniques et la sélection des enfants selon la priorité d'intervention.</p> <p>La pathologie médicale à l'INPE est assez riche on note récemment (31 octobre 2017) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les encéphalopathies infantiles : 40 enfants • Les hémopathies : 4 enfants • Les cardiopathies congénitales : 2 enfants • Les syndromes génétiques • Les néoplasies : 1 enfant • L'épilepsie : 3 enfants • Le syndrome de WEST : 2 enfants • L'autisme : 22 enfants • La malvoyance et la cécité : 5 enfants • Spina BIFIDA : 2 enfants • Retard psychomoteur : 67 enfants <p>L'ergothérapeute assure le suivi et l'accompagnement de certains enfants en situation de handicap ou présentant des retards majeurs de développement.</p> <p>Son activité consiste à faire des bilans érgothépique, des séances de rééducation fonctionnelle la majorité du temps en groupe par manque de temps et manque de personnels, la confection des orthèses des membres supérieurs et inférieurs, la modification de l'appareillage, la manutention des enfants dans l'unité de vie ...</p>
<p><i>Le développement des prestations socio-éducatives et l'accompagnement permettant le développement de l'enfant</i></p>	<p>La pouponnière assure une prise en charge psychologique en vue de prendre en compte la souffrance psychologique des enfants et de soutenir les professionnels dans les difficultés rencontrées avec un enfant.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) a mis en place des activités et un environnement permettant le développement de l'enfant (prise en compte des besoins psychoaffectifs, psychomoteurs).</p> <p>La pouponnière a mis en place des actions favorisant l'insertion sociale et le maintien ou la</p>	<p>Au sein des pouponnières associatives :</p> <p>Les pouponnières associatives ont mis en place un programme d'activités variés et adaptés aux enfants.</p> <p>L'assistante maternelle planifie des activités pour son groupe par écrit, sur une période d'un mois.</p> <p>La planification est appliquée avec souplesse (changements apportés pour tenir compte des intérêts ponctuels des enfants, des imprévus, du temps qu'il fait, de l'état de santé ou de l'humeur, l'assistante maternelle prend le temps pour observer l'enfant, elle note les informations pertinentes (événement inhabituel qui survient, des interactions entre les enfants, des activités réalisées, des habiletés nouvelles, des intérêts nouveaux, des informations sur l'humeur de l'enfant ...) Dans le cahier des activités.</p> <p>L'espace de jeux extérieur n'est pas aménagé, ni adapté aux différents besoins du développement des enfants.</p> <p>Un projet a été conçu en partenariat avec l'UNICEF et la Coopération Monégasque (20017-2019) afin d'aménager des espaces de jeux extérieur et intérieur pour qu'ils soient au service des enfants et</p>

	<p>reprise de liens avec sa famille .</p> <p>Les prestations socio-éducatives sont construites collectivement et formalisées, ainsi que les contenus sont maîtrisés par les professionnels.</p>	<p>au service d'une approche psychologique visant l'autonomie de l'enfant.</p> <p>Un programme d'activité est conçu pour les enfants d'une façon quotidienne à travers :</p> <p>Des activités collectives sont conçues pour favoriser chez l'enfant, en fonction de son âge, son développement physique (agilité, motricité, habilité) à travers la danse, cognitif (concentration, langage, acquisitions intellectuelles) et social (communication, interaction avec les autres enfants, pouvoir mesurer ses limites et celles de son environnement).</p> <p>Ces activités sont généralement conçues pour les enfants entre 8mois et 2 ans. A travers la danse, le chant, l'acquisition de la marche, le jeu de ballon ...</p> <p>Des temps récréatifs (ou libres) sont organisés par les bénévoles pour favoriser l'expression de l'enfant (son besoin d'isolement, d'imagination, d'échanges avec sa /ses assistantes maternelles...).</p> <p>Au sein des unités de vie de l'INPE :</p> <p>Les professionnels soulignent unanimement l'aggravation de la tension entre la quantité de travail demandé et les moyens mis à disposition, tension qui suscite parfois des dérives dommageables à la relation de soins. Malheureusement, on note une absence de suivi régulier des prestations socio-éducatives avec les enfants.</p>
<p>Les conditions d'hébergement et de restauration</p>	<p>L'aménagement de l'espace prend en compte les objectifs des prestations et les besoins de bien-être et de sécurité des enfants.</p> <p>L'hébergement et ses prestations répondent aux normes d'hygiène, de sécurité et de confort (bien être de l'enfant).</p> <p>La restauration répond aux exigences nutritionnelles, aux normes d'hygiène alimentaire et aux besoins et attentes de l'enfant.</p>	<p>Au sein des pouponnières associatives, les locaux présentent un aspect agréable : décoration, luminosité, circulation des espaces</p> <p>L'agencement des locaux ne facilite pas assez la rencontre sociale, les besoins en termes d'espaces collectifs (jeux) et d'espaces privés (besoins d'intimité)</p> <p>Les lieux présentant un danger sont sécurisés (cuisine, biberonnerie, balcons, buanderie, pharmacie)</p> <p>L'aménagement prend en compte les risques de chutes et d'infections microbiennes.</p> <p>L'hébergement tient compte des besoins de confort : aération des chambres, climatisation, sanitaires équipés en nombre suffisant.</p> <p>Un léger problème d'humidité lié à la proximité de la mer.</p> <p>La propreté des espaces de vie est assurée conformément aux règles d'hygiène.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) assure le nettoyage du linge et jouets (circuit du linge, bacs séparés...) Et gère les déchets.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) ne dispose pas d'un protocole écrit pour le nettoyage du linge et jouets (circuit du linge, bacs séparés...) Et pour la gestion des déchets (séparation déchets quotidiens et déchets médicaux).</p>

		<p>Les installations (berceau, tables à langer) prennent en compte les règles de sécurité.</p> <p>Le personnel est sensibilisé à la prévention des chutes.</p> <p>Les menus respectent les équilibres nutritionnels, les quantités par âge et les plaisirs des enfants : ils sont définis de manière hebdomadaire, en collaboration avec un hygiéniste bénévole et les assistantes maternelles.</p> <p>Ces derniers sont affichés dans la cuisine.</p> <p>La préparation des repas respectent les règles d'hygiène mais ne sont pas encore définies et formalisées dans un protocole.</p> <p>L'organisation des repas est définie en vue de respecter les règles d'hygiène (lavage des mains), les règles sociales et habitudes culturelles, l'apprentissage de l'autonomie des enfants et les besoins individuels de chaque enfant.</p> <p>Le suivi des températures du réfrigérateur et du congélateur est assuré matin et soir, et contrôlé par la directrice. En cas de rupture de la chaîne du froid, il n'y a pas de protocole qui définit la conduite à tenir.</p> <p>Au sein des unités de vie de l'INPE, vu la surcharge des enfants et l'excès d'environ 120 enfants, l'espace n'est plus pensé et ne prend plus en compte les objectifs des prestations et les besoins de bien-être et de sécurité des enfants : 2/3 par lit, biberon calé, bébé de 6 mois qui prend son bouillon dans le biberon avec la tétine trouée pour faire vite et pour pouvoir passer au suivant. 37 enfants pour 1 assistantes maternelles.</p> <p>La restauration ne répond pas aux exigences nutritionnelles, aux normes d'hygiène alimentaire et aux besoins et attentes de l'enfant.</p> <p>Les règles d'hygiène ne sont pas respectées.</p>
<p>L'accompagnement de la sortie de l'enfant</p>	<p>L'institution (INPE/ UV) a mis en place une organisation permettant à l'enfant de se préparer à la séparation et à son accueil dans son nouveau milieu.</p> <p>La pouponnière organise le départ de l'enfant selon des modalités formalisées.</p> <p>La pouponnière, lors d'un décès, assure les formalités réglementaires et une information/ accompagnement auprès des professionnels et enfants du centre.</p>	<p>Au sein des pouponnières associatives :</p> <p>Toutes les pouponnières ont mis en place une organisation permettant à l'enfant de se préparer à la séparation et à son accueil dans son nouveau milieu.</p> <p>Dès que la décision du juge est annoncée, la directrice informe collectivement le personnel qu'il y aura une intégration dans les prochains jours.</p> <p>L'assistante maternelle référente commence à préparer l'enfant. Les photos, objets personnels de l'enfant sont regroupés dans ses préparatifs de départs. Des photos et/ou objets de la nouvelle famille sont remis à l'enfant.</p> <p>Des rencontres avec l'enfant et la nouvelle famille sont organisées.</p> <p>La première rencontre se fait en présence de la directrice, et l'assistante maternelle qui tient dans ses bras l'enfant. Le lendemain, l'assistante</p>

		<p>maternelle laisse le bébé dans les bras de la maman, seule dans une chambre un moment, puis les deux rejoignent la salle d'activité où cette dernière suit les recommandations de l'assistante maternelle qui lui parle petit à petit des habitudes, des préférences et du rythme de l'enfant.</p> <p>Le dossier médical, les comptes rendu médicaux, d'hospitalisation et le cahier de suivi psychologique et le cahier de souvenir sont transmis et expliqués aux personnes qui vont accueillir l'enfant.</p> <p>Lors d'un décès, la direction de l'institution (INPE/UV) assure les formalités réglementaires mais aucun accompagnement auprès des professionnels et les enfants du centre sont effectués de la part des spécialistes.</p> <p>Au sein des unités de vie de l'INPE : Les procédures juridiques et administratives sont respectés. La passation entre l'assistante maternelle référente (inexistante) et les parents adoptifs est absente.</p>
--	--	---

OUVERTURE DE LA POUPONNIERE SUR SON

ENVIRONNEMENT

Items	Références et points à analyser	Constats
Promotion de l'institution (INPE/ UV) et intégration dans son environnement de proximité	<p>La pouponnière veille à être connue et reconnue par les acteurs, autorités, grand public et partenaires.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) favorise des moments d'échanges et de convivialité avec le voisinage.</p>	<p>Toutes les institutions veillent à être connue et reconnue par les acteurs, autorités, grand public et partenaires.</p> <p>Beaucoup d'interventions sont produites de la part des directrices à travers les médias (radios, télévision, journaux, les réseaux sociaux...), la direction de L'institution (INPE/ UV) de Mahdia et de Nabeul ne sont pas dans une approche caritative mais dans une approche droit.</p> <p>Les dépliants des trois associations ne définissent pas un message clair et cohérent sur sa mission, son fonctionnement, (cohérence avec la politique nationale sur la protection de l'enfance, cohérence objectifs visés et public ciblé)</p> <p>A chaque occasion qui se présente, la direction de L'institution (INPE/ UV) de Nabeul et de Mahdia met en place des actions de communication pour se faire connaître du grand public et dans son environnement de proximité.</p>

		<p>Sur l'année 2016, la voix de l'enfant de Nabeul a programmé une journée porte ouverte où elle a invitée les professionnels de la petite enfance (délégué de protection de l'enfance, le juge de la famille, les pédiatres, l'assistante sociale de l'hôpital, les infirmières ...), elle a monté une vidéo résumant tout le parcours de l'enfant avec des photos des lieux où se fait chacune des activités, elle a affiché les données quantitatives et qualitatives dont elle dispose, et elle s'est répartie les prises de parole entre les membres du comité et elle-même pour être à la disposition de tous les invités.</p> <p>Des dépliants d'une nouvelle logique d'intervention a été distribuée sur tous les invités qui est celle du parrainage, qui a connus du succès jusqu'à maintenant.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) de Nabeul et de Mahdia organisent des rencontres avec les autorités en les invitant dans son unité de vie (rencontre avec les assistantes maternelles et le public accueilli). Chaque année, une personne de renommé de l'état est invité à la pouponnière. En 2016, la visite du gouverneur</p> <p>Elles favorisent des moments d'échanges et de convivialité avec le voisinage.</p> <p>Toutes les associations régulièrement les autorités (transmission de documents rapports d'activités, rapports financier au premier ministre, la DGPS et l'INPE)</p>
<p>Développement des collaborations avec les dispositifs locaux publics et privés, pour renforcer l'offre de prestations et mutualiser les ressources de la pouponnière</p>	<p>Des collaborations et des partenariats sont définis, en réponse aux besoins du public accueilli.</p> <p>La pouponnière s'est inscrite dans des réseaux de professionnels, d'échanges et de mutualisation de moyens (regroupement des ressources).</p>	<p>Les trois associations disposent d'une liste de ses partenaires effectifs (associations, centres de santé...).</p> <p>Elles procèdent à un repérage des acteurs potentiels du territoire avec identification de leur mission et activités.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) de Nabeul et de Mahdia organisent des collaborations régulièrement et suivies avec les partenaires pour renforcer ses prestations et inscrire les enfants dans leur environnement (centre de santé, prestataires médicaux, associations culturelles...).</p> <p>Des échanges avec quelques pouponnières et entre certains professionnels sont favorisés.</p> <p>L'organisation de formations mutualisées et l'élaboration de projets et d'outils communs sont limitées à deux pouponnières (pouponnières de Nabeul et Sfax).</p> <p>Toutes les institutions ne sont pas inscrites dans une logique généralisée de partenariat au sens d'une formalisation conventionnelle des rapports de travail. Un réseau d'interlocuteurs s'est crée au fil du temps soit sur un mode obligatoire, soit sur un mode volontaire de partage de valeurs ou d'échanges de pratiques, d'expériences ou de services.</p> <p><u>Partenaires prévention santé et droit :</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Hôpital régional :</u> • Bilan de santé : en début de placement ce bilan permet un point sur l'état de santé, les pistes sur les problématiques décelées et une capacité à suivre et à accompagner l'enfant dans la prise en charge de sa santé. <p>Le bilan est rarement complet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins : les possibilités administratives et financières de prise en charge • Accès direct aux soins : auprès de praticiens de ces hôpitaux notamment optique. • <u>Planning familial :</u> • Prévention, information pour les mères en situation de monoparentalité sur les moyens de contraception, sur la sexualité reproductive. • Rencontres et suivis individuels dans la prise en compte des difficultés que rencontrent les mères dans leur vie affective et sexuelle. • <u>Suivi médical :</u> • Connaissance par les médecins des services les enfants accueillis et de leurs difficultés (respiratoires, dermatologique, kinésique ...) • Mise en place d'une réponse de proximité • Possibilité d'intervention sur des maladies spécifiques • <u>Partenaires du quotidien :</u> <p>Toutes les institutions ont affaire à des interlocuteurs de grande proximité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commerçants du quartier : Les courses permettant la vie quotidienne des pouponnières, s'inscrivent dans un apprentissage d'organisation, de gestion et de relations dans le quartier. • Voisinage : L'expérience a montré la nécessité de nouer des liens de voisinage qui viennent donner de la matière à ce que les associations font et qui vient donner une identité un visage à des proches parfois malmenés. • Commissariat de police : C'est un interlocuteur capital dans la connaissance par ces fonctionnaires de l'existence des trois structures, dans les possibilités d'intervenir en cas de situations difficiles, dans les échanges possibles. • <u>Partenaires sociaux-médico et sanitaires</u> La relation est incontournable et indispensable. Ces structures sont confrontées aux mêmes problématiques avec des organisations similaires ou différentes. Toutes sont structurées autour de l'accompagnement et la protection de l'enfance à des moments différents ou parallèles du parcours de l'enfant. Il y a parfois complémentarité, relais qui sont autant de points d'accroche pour un
--	--

		<p>mieux être et un mieux disant d'avenir. Les partenaires sociaux sont les plus familiers le langage et les problématiques sont proches dans l'appréhension du quotidien. Les partenaires médico-sociaux sont confrontés à des bouleversements de problématiques, d'évolutions des populations sur lesquelles toutes les pouponnières sont en recherche de réponses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'assistante sociale du centre de maternité (ministère de la santé publique) • L'assistante sociale de la direction régionale des affaires sociales • Le délégué de la protection de l'enfance • Le juge de la famille
--	--	---

LA PLANNIFICATION, L'ORGANISATION ET LA GESTION DES RESSOURCES

Items	Références et points à analyser	Constats
Le projet d'établissement	<p>La pouponnière a élaboré un projet d'établissement et un projet de service de manière participative et les a validés.</p> <p>Le projet d'établissement et le projet de service leurs mises en œuvre, leurs contenu sont suivis, évalués et actualisés.</p>	<p>Les ressources humaines et l'organisation de l'institution sont des enjeux majeurs dans le repérage de l'état actuel de ses potentiels.</p> <p>Au niveau des trois pouponnières, une longue période de turbulences a mis les équipes en difficultés de place de reconnaissance tout en maintenant un niveau d'intervention pratique adapté. Ces difficultés et les nombreuses embauches du bureau d'emploi et démissions de salariés, ont fait perdre peu à peu les éléments d'organisation établis au fil des années.</p> <p>Actuellement, au sein des trois associations, le projet d'établissement est un absent de taille. Il n'existe aucun référentiel commun pour le travail éducatif.</p> <p>Cependant, toutes les associations ont préparé une ébauche d'un projet de service qui est en cours de validation. Ce manque ne permet pas à tous les professionnels de cheminer dans le même sens, de partager les réflexions et de fédérer les dynamiques et potentialités autour d'un projet commun. C'est un élément nécessaire qui met en évidence une nécessaire évolution des trois associations.</p> <p>Il comprend les thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation de l'organisme gestionnaire et de la pouponnière, • Mission et public accueilli, • Offre de services et méthodes d'intervention, • Partenaires et communication, • Organisation et gestion des moyens.

		<p>Une partie des professionnels sont associés au diagnostic de la situation de départ.</p> <p>Nous repérons un déficit de cohérence dans la dynamique institutionnelle lié à l'absence de projet d'établissement. Ce manque ne permet pas à tous de cheminer dans le même sens, de partager les réflexions et de fédérer les dynamiques et les potentialités autour d'un projet commun.</p> <p>La mise en place d'une première version du projet d'établissement est le point de départ de cette réorganisation souhaitée conjointement par l'association, la direction et les membres du personnel.</p>
<p>L'organisation et la gestion de ses ressources humaines</p>	<p>L'organisation des responsabilités et le rôle de chaque professionnel sont clarifiés et formalisés.</p> <p>La gestion du personnel est organisée et formalisée.</p> <p>Les ressources humaines sont qualifiées, le personnel affecté dispose des connaissances nécessaires à son intégration et à l'exercice de sa mission</p> <p>L'institution (INPE/ UV) favorise l'évolution des compétences.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) a mis en place une organisation du travail permettant d'assurer les prestations conformément aux exigences retenues.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) a mis en place une gestion des risques santé et une prévention de l'épuisement.</p>	<p>Toutes les institutions emploient en tout 33 assistantes maternelles dont 39% de contractuelles des associations respectives et 60% de stagiaires (sivp) orientées par les bureaux d'emploi. Un tel écart est de nature à fragiliser la stabilité professionnelle des assistantes maternelles ce qui impacte négativement la continuité et la qualité des soins apportés aux enfants hormis un faible retour sur investissements en matière de formation.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) de Médenine fonctionne avec une majorité de stagiaires, ce qui est sans doute très problématique en termes de qualité de prise en charge et de responsabilités confiées à ces dernières.</p> <p>A cause de l'absence d'un diplôme de « professionnelle de la petite enfance », la direction de L'institution (INPE/ UV) se trouve face une difficulté de recrutement de personnels qualifiés.</p> <p>L'organisation des responsabilités et le rôle de chaque professionnel ne sont pas clarifiés et formalisés. Des ébauches de référentiels métiers et de profil de poste sont élaborées mais pas encore validés par le comité administratif.</p> <p>Les descriptifs de postes ne sont pas encore validés par le comité administratif.</p> <p>Les délégations de pouvoir entre direction et conseil d'administration sont précisées.</p> <p>Les professionnels salariés disposent de contrat de travail en bonne et due forme précisant l'engagement de droits et de devoirs.</p> <p>Le personnel est affecté sur la base d'une évaluation sommaire des besoins par la pouponnière.</p> <p>Des outils de suivi du personnel sont mis en place : dossier pour chaque professionnel (qualifications et formations, assiduité, absences, gestion des congés....)</p> <p>Le suivi ne s'inscrit pas dans une approche de gestion axée sur les résultats.</p> <p>Un règlement intérieur est défini, affiché et communiqué au personnel</p> <p>Les besoins en personnel sont évalués quantitativement sur la base des départs de personnel et du budget.</p> <p>Les besoins en personnel ne sont pas évalués quantitativement et qualitativement sur la base d'une</p>

		<p>analyse des besoins, tenant compte de l'évolution de l'activité et des prestations à assurer.</p> <p>L'institution (INPE/ UV) ne dispose pas d'un plan de recrutement.</p> <p>Le recrutement n'est pas établi sur la base des moyens adéquats : diffusion offre d'emploi, sélection des candidats sur critères définis en lien avec le profil requis en termes de qualifications et de compétences (bureau d'emploi).</p> <p>Les professionnels recrutés sont accueillis et sensibilisés pour permettre leur intégration et l'acquisition des connaissances nécessaires à l'exercice de leur</p> <p><u>La formation continue du personnel</u></p> <p>L'institution (INPE/ UV) ne dispose pas d'un plan de formation. La politique de formation n'est pas définie. Le plan de formation n'est pas un outil de management dans l'institution. Il est rarement évalué et encore moins préparé en cohérence avec les besoins de l'établissement. Les demandes de formation sont données à la directrice qui les centralise.</p> <p><u>L'entretien individuel et annuel :</u></p> <p>L'entretien oblige tant l'équipe de direction que les assistantes maternelles à une analyse des pratiques, à des interrogations quant à l'avenir et à des engagements mutuels. Ils nécessitent toutefois de dépasser les freins liés aux associations- évaluation rime avec contrôle qui est présente dans la tête de nombreuses personnes comme référence à un système antérieure. Des référentiels seront nécessaires qui objectivent l'évaluation.</p> <p><u>L'évaluation du personnel :</u></p> <p>Il n'ya pas de bilan global sur le travail du salarié avec mise en évidence par ce dernier d'un contenu de satisfaction ou d'insatisfaction. Il ya absence de grille d'évaluation des compétences.</p> <p>Il n'y a pas de développement des compétences par les salarié pour répondre à sa fonction avec engagement réciproque tant vis-à-vis de l'accompagnement de la directrice que de la formation.</p> <p>Les entretiens annuels d'évaluation sont une réelle opportunité de repositionner les objectifs professionnels des salariés. Ils ne se font pas. Le personnel est vu individuellement à sa demande ou en cas de problème, souvent de manière souterraine et informelle. Les compétences, en partie du fait de cette carence de management, ne sont pas valorisées et n'apportent pas de plus value à l'institution.</p> <p><u>Les réunions d'équipe :</u></p> <p>Des réunions d'échanges collectives pour suivre les activités et résoudre les problématiques de l'heure sont programmées et affichées (tableau des réunions spécifiant l'objet de la réunion).</p> <p><u>Le recrutement de nouveau salarié :</u></p> <p>L'accueil et l'intégration d'un nouveau salarié dans une institution sont des moments clés, essentiels pour poser le cadre et impulser la dynamique. L'implication</p>
--	--	---

		<p>future du salarié en dépend. Son accueil participe à la cohérence institutionnelle.</p> <p>Au sein des trois associations, le recrutement se fait d'une manière aléatoire, puisqu'il n'y a pas de formation ou diplôme en auxiliaire de puériculture en Tunisie.</p> <p>Il existe dans les trois associations, un livret d'accueil rappelant l'ensemble de la dynamique institutionnelle ainsi que les repères, appelé à l'association voix de l'enfant Nabeul « livret de bonnes pratiques ».</p> <p>Un protocole d'admission est disponible au sein des pouponnières associatives et les unités de vie de l'INPE à savoir un mois de stage réparti comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une semaine d'observation • Une semaine dans la salle d'activité pour l'intégration avec les enfants • Une semaine pour le changement de couche, préparation des biberons, repas, linge ... • Une semaine pour la tétée <p>Une fois, le mois passé la directrice avec l'avis de l'assistante maternelle en chef décide de la garder ou non.</p>
--	--	---

VI. Recommandations et bonnes pratiques professionnelles en matière de placement institutionnel

Thématiques des recommandations	Problématiques constatées et axes de recommandations
<p>Une prise en charge globale fondée sur les droits des enfants</p>	<p>1. Les professionnels se réfèrent peu aux droits des enfants et ne les intègrent pas dans leurs pratiques.</p> <p>1. Il est recommandé de former l'ensemble des professionnels sur les lignes directrices de protection de remplacement, sur la prise en charge institutionnelle et sur promotion de la bienveillance.</p> <p>2. Il est recommandé de former les professionnels et soumettre leurs pratiques à un code déontologique respectant les droits des enfants tels que définis par les conventions internationales (notamment la Convention Internationale des Droits des Enfants et Convention relative aux droits des personnes handicapées) et la législation tunisienne.</p> <p>3. Il est recommandé de concevoir une charte qualité au niveau de chaque pouponnière.</p>

	<p>4. Il est recommandé de faire l’affichage de la charte qualité au niveau de chaque structure d’accueil</p> <p>1.5 Il est recommandé de former et d’accompagner les professionnels pour la mise en application de la charte qualité au niveau de chaque pouponnière.</p>
	<p>2. Le droit de l’enfant à l’identité, le respect de sa personne, son intégrité, sa dignité, le principe de non-discrimination peu sont respectés</p> <p>1. Il est recommandé de mettre en place un ensemble de procédures et d’actions qui permet à l’enfant l’accès à son identité civile.</p> <p>2. Il est recommandé de sensibiliser et de former les assistantes maternelles et tous les professionnels dans la protection de l’enfance sur l’importance du secret professionnel et le droit de l’enfant à la vie privée et son intimité.</p> <p>2.3 Il est recommandé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De respecter de l’anonymat concernant l’histoire de vie de l’enfant - De veiller à ce que les soins corporels octroyés à l’enfant soient dans un espace dédié. - De communiquer le nom de l’enfant à tous les professionnels - De s’adresser à l’enfant en utilisant son prénom. <p>2.4 Il est recommandé de stipuler dans le contrat de travail une clause sur l’obligation du respect de la vie privée de l’enfant.</p>
	<p>3. Les structures d’accueil assurent peu le maintien des liens familiaux de l’enfant</p> <p>1. Il est recommandé de veiller à maintenir les liens entre frères et sœurs : il s’agit de privilégier, autant que possible, le maintien des relations entre frères et sœurs en plaçant ensemble les enfants d’une même fratrie, à moins que ce ne soit contraire à leur intérêt supérieur. Quand ce n’est pas possible, il convient, de leur offrir la possibilité de rester en contact régulier.</p> <p>3.2 Il est recommandé de mettre en œuvre des Co-animations enfants et parents sous forme de visites médiatisés avec la présence d’un psychologue au sein de la pouponnière.</p>

	<p>3.3 Il est recommandé de réserver un espace à l'accueil des parents biologique de l'enfant</p> <p>3.4 Il est recommandé de former le personnel de l'institution à la médiation familiale, la communication non violente et sur les processus de parentalité.</p> <p>3.5 Dès l'accueil de l'enfant, penser un dispositif qui permet de maintenir le lien de ce dernier avec ses parents biologiques.</p> <p>3.6 Il est recommandé de mieux informer les familles sur les aides auxquelles elles ont droit, dans un langage qui leur soit accessible.</p>
	<p>4. La protection et la sécurité de l'enfant ne sont pas très bien respectées</p> <p>4.1 Il est recommandé de former les professionnels sur la prévention de la maltraitance et la protection des enfants.</p> <p>4.2 Il est recommandé d'aménager l'espace en fonction des besoins des enfants : nombre de lit = nombre d'enfants, nombre d'assistantes maternelles doit être proportionnel au nombre d'enfants sains ou en situation de handicap.</p> <p>4.3 Afin d'avoir un développement psychologique (affectif et cognitif) et physique optimal, il faut assurer à l'enfant une contenance.</p> <p>* Psychique : Il faut donner à l'enfant des repères afin de le rassurer et de le sécuriser. Grâce à l'instauration de repères au quotidien comme aménagement de l'espace, les repères de temps et de personnes.</p> <p>* Physique : il faut être proche de l'enfant et bien connaître ses habitudes. Certains enfants auront besoin d'avoir chaque matin une contenance physique, d'autres ont besoin d'être contenu pour s'endormir.</p> <p>* Verbale : Mettre des mots sur ce que vit l'enfant, lui expliquer ce qui va se passer pour lui. C'est lui permettre d'anticiper les choses donc être acteur de son quotidien. (ex : lui expliquer sa journée, l'avertir qu'on va lui changer sa couche dans quelques minutes, lui dire que tel professionnel n'est pas là aujourd'hui, etc.) Le contenir verbalement, c'est également mettre des mots sur les émotions de l'enfant.</p>
	<p>5. Une absence d'outils pour promouvoir la bientraitance et lutter contre les négligences et les maltraitements</p> <p>1. Il est recommandé de développer une conscience et une connaissance des risques de maltraitance au sein de la structure d'accueil.</p>

	<p>2. Il est recommandé d’informer et sensibiliser les professionnels sur la maltraitance dès leur recrutement</p> <p>3. Il est recommandé de mettre en place des formations pluri-professionnelles.</p> <p>4. Il est recommandé de faire de la thématique de la maltraitance l’objet d’une formation spécifique pour les professionnels et associer les bénévoles et les intervenants libéraux.</p> <p>5. Il est recommandé de conduire cette formation de façon pluri-professionnelle.</p> <p>6. Il est recommandé d’aménager des rythmes et une organisation du travail permettant un accompagnement continu et fiable des enfants en pensant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aménager l’organisation du travail pour ajuster le mieux possible les rythmes des professionnels à ceux des enfants • Structurer la mobilité des professionnels autour de la qualité de l’accompagnement <p>7. Il est recommandé de mettre en place des dispositifs d’analyse des pratiques professionnelles</p> <p>8. Il est recommandé de formaliser avec les professionnels les conduites à tenir en cas de maltraitance constatée ou relatée</p> <p>9. Il est recommandé de formaliser avec les professionnelles les outils de recueil et de traitement des plaintes, des réclamations et des événements indésirables</p> <p>10. Il est recommandé de formaliser avec les professionnels la procédure de gestion de crise</p>
<p>Des modalités d’accueil et de soins personnalisées et adaptées</p>	<p>1. Les prises en charges des enfants, manquent de coordination et de personnalisation</p> <p>1. Il est recommandé de créer des outils qui font le lien dans le parcours de l’enfant : il nous semble utile de promouvoir de manière large des outils qui font le lien dans le parcours de l’enfant et qui soulignent les moments forts de la vie de l’enfant. Les petits événements de la vie pourraient aussi y être repris afin de constituer une mémoire pour l’enfant. Ce document devrait suivre l’enfant et donc être transmis chaque fois aux personnes responsables de lui.</p>

	<p>2. Il est recommandé de mettre en place une organisation permettant d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée reposant sur les droits et les besoins de l'enfant et sur un partage d'informations consignées dans un dossier individuel.</p> <p>3. Il est recommandé de faire des réunions de coordinations selon une périodicité régulière et de désigner une personne coordinatrice référente pour l'enfant.</p> <p>4. Il est recommandé de faire des transmissions quotidiennes pour assurer la continuité de prise en charge.</p> <p>5. Il devrait aussi pouvoir être transmis à l'enfant selon son âge et ses besoins, mais intégralement à sa majorité, de même qu'à sa famille. Tout autre outil allant dans ce sens devrait être valorisé et utilisé pour chaque enfant.</p> <p>2. Les modalités d'accueil et d'évaluation sont peu adaptées à la singularité de l'enfant</p> <p>1. Il est recommandé de travailler le projet individualisé de l'enfant en co-construction avec la famille et/ou le parent biologique et avec l'enfant selon son âge.</p> <p>2. Il est recommandé que le projet personnalisé résulte d'une démarche de co-construction entre la personne accueillie et l'équipe pluridisciplinaire. L'assistante maternelle référente avec la directrice ou le responsable de l'unité en est un des pilotes en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>3. Il est recommandé que l'expression directe et la participation de l'enfant soient recherchées</p> <p>4. Il est recommandé que le projet personnalisé contienne entre autres deux volets indissociables : la qualité de vie (quotidienne, sociale, citoyenne) et les soins.</p> <p>5. Il est recommandé de porter une attention particulière au recueil formalisé des informations</p> <p>6. S'agissant du volet relatif à la qualité de vie, les informations sur les volontés (consentement, personne de confiance, directives anticipées), l'histoire de vie, les goûts, les habitudes, les centres d'intérêt, la vie affective, les croyances, l'environnement familial et socioculturel de la personne, soient des éléments pris en compte pour l'élaboration du projet personnalisé.</p>
--	---

	<p>7. Il est recommandé de s'appuyer sur des évaluations quotidiennes pour adapter les pratiques de l'ensemble de l'équipe et de procéder régulièrement à la réévaluation des prises en charge.</p> <p>8. Il est recommandé que le projet personnalisé s'appuie sur les capacités de la personne pour préserver au mieux son autonomie dans toutes ses dimensions. Il repère en fonction des données biographiques disponibles les éléments susceptibles de donner du sens à l'évolution développementale de l'enfant et d'élaborer des stratégies et des actions préventives.</p> <p>9. Il est recommandé que le projet personnalisé prenne en compte les besoins spécifiques, et envisage les articulations nécessaires lorsque l'enfant présente un trouble ou est en situation de handicap.</p> <p>10. Il est recommandé que la mise en œuvre du projet personnalisé soit suivie en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, pour permettre des ajustements continus, partagés et coordonnés.</p> <p>11. Il est recommandé que les décisions importantes telles qu'une hospitalisation, l'orientation un centre spécialisé ou autre modification importante dans l'accompagnement soient précédées par une réflexion pluridisciplinaire et prises avec la personne elle-même ou la personne de confiance.</p> <p>12. Il est recommandé que le projet personnalisé dans ses différents volets fasse l'objet d'un dialogue entre la personne, et les professionnels concernés afin de susciter l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes.</p>
	<p>3. La promotion de la santé, du bien-être et la personnalisation des soins sont problématiques</p> <p>1. Il est recommandé de disposer de services et d'équipes pluridisciplinaires formés à la prise en charge de la clinique des enfants placés en institution, clinique des enfants sans soutien familial, clinique des enfants en situation de handicap et d'équipes ressources pour répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements spécifiques.</p> <p>2. Il est recommandé de permettre dans le cadre du panier de soins une meilleure accessibilité aux professionnels libéraux, ayant une formation spécifique dans le domaine de la petite enfance et mettre en place un dispositif de prise en charge des frais.</p>

	<p>3. Il est recommandé aussi de recueillir, auprès des médecins, les examens et évaluations réalisés éventuellement avant l'entrée à l'unité de vie : bilans médicaux, sérologie, comptes-rendus d'évaluations, tests, carnet de santé, etc</p> <p>4. Il est recommandé de définir le rôle des professionnels (assistantes maternelles, équipes pluridisciplinaire –existante-) dans la première phase d'évaluation lors de l'admission : celles exerçants au sein de l'unité/pouponnière ou extérieurs à celle-ci.</p> <p>5. Il est recommandé de faire un bilan du développement psychomoteur de l'enfant dès son admission.</p> <p>6. Il est recommandé de recueillir auprès de l'enfant, selon des modalités adaptées à son âge et ses capacités d'expression et de compréhension, les difficultés ressenties (communication, relations aux autres, mobilité, etc.).</p> <p>7. Il est recommandé de réaliser des observations in-situ au sein de l'unité de vie pour observer les facilitateurs ou obstacles environnementaux humains et matériels.</p> <p>8. Il est recommandé d'analyser, en réunion pluridisciplinaire, les résultats des différentes évaluations.</p> <p>9. Il est recommandé de partager en équipe (dans le respect des règles relatives au partage de l'information), la synthèse des différentes évaluations.</p>
	<p>4. Manque de médiations ludiques socio-éducatives et d'un accompagnement structuré permettant le développement harmonieux de l'enfant</p> <p>1. Il est recommandé de mettre en place des formations au sein des UV destinés aux professionnels de la petite enfance, sur le développement psychomoteur de l'enfant et situer le jeu dans ce processus de développement.</p> <p>2. Il est recommandé de former les professionnels à la mise en place des activités ludiques appropriés, selon l'âge et les spécificités de l'enfant, qui favorisent la motricité libre et autonome. Cette maîtrise de leur motricité se répercute sur le développement de toute leur personnalité ; ils acquièrent l'assurance dans leur corps ainsi que la prudence.</p> <p>3. Il est recommandé de prévoir au sein de l'institution un espace aménagé et dédié aux activités ludiques</p>

	<p>4. Il est recommandé de permettre à l'enfant de sortir de l'UV pour un temps de promenade. C'est avec un adulte que l'enfant commence à découvrir un monde autre que celui de son groupe. Il s'agit du premier pas vers une socialisation riche et étendue.</p> <p>5. Il est recommandé de diversifier les activités en dehors de l'institution</p> <p>6. Il est recommandé de faciliter les procédures de sortie pour les promenades en spécifiant ce besoin aussi bien dans la convention signée entre l'UV et l'organisme de tutelle que dans le manuel des procédures tout en veillant à formaliser un processus clair qui en spécifie les règles de déroulement surtout le Qui accompagne et Comment accompagner.</p>
	<p>5. Manque des prises en charges spécifiques pour les enfants en situation de handicap</p> <p>1. Il est recommandé pour chaque enfant dont une déficience a été repérée d'organiser une évaluation approfondie de ces capacités psychologiques, psychiques et sociales en ayant recours à des spécialistes extérieurs.</p> <p>2. Il est recommandé de mettre en place pour chaque enfant en situation de handicap une prise en charge rééducative médicale et psychologique en appui de ressources extérieures.</p> <p>3. Il est recommandé de d'aménager les locaux afin de les rendre accessibles pour les enfants en situation de handicap.</p> <p>4. Il est recommandé de former les nourrices sur l'utilisation de l'appareillage nécessaires à l'autonomie, sur le dépistage des chutes, de la douleur, tout autre problématique en lien avec les enfants en situation de handicap.</p> <p>5. Il est recommandé de développer des projets inclusifs en faveur de ces enfants.</p>
	<p>6. Les structures d'accueil présentent des problématiques au niveau de l'adaptation du cadre de vie aux besoins des nourrissons, ainsi qu'au niveau du taux d'encadrement et des conditions d'hébergement et de restauration.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il est recommandé de centrer l'adaptation du cadre de vie au quotidien sur les spécificités liées à l'accompagnement des enfants selon leurs âges et leurs spécificités afin de contribuer au maintien de leur autonomie et à la prévention des troubles psychologiques et comportementaux. 2. Il est recommandé de mener une réflexion sur la conception des espaces, leur organisation et aménagement dans le cadre du projet d'établissement et de son évolution. 3. Il est recommandé d'aménager un cadre de vie stimulant et convivial 4. Il est recommandé d'organiser l'établissement par unités de petite taille favorisant le lien social 5. Il est recommandé de prévoir systématiquement des espaces privés, où l'intimité est possible, tel qu'un lieu de réception privé pour recevoir la famille. 6. L'agencement intérieur doit favoriser les conduites autonomes : La compatibilité du cadre de vie avec la libre circulation des personnes à mobilité réduite conformément à la réglementation en matière d'accessibilité. (loi d'orientation 2005) 7. En ce qui concerne les conditions d'hygiène et de restauration : Le personnel doit accéder à une formation continue à l'hygiène alimentaire, adaptée aux contraintes organisationnelles et aux besoins de chaque poste de travail. Un responsable de proximité, spécialisé, doit être identifié pour permettre la mise en œuvre effective des bonnes pratiques de préparation et de conservation des préparations nutritionnelles.
	<p>7. L'accompagnement de la sortie et le suivi sont peu assurés</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il est recommandé de mettre en place une organisation permettant à l'enfant de se préparer à la séparation de l'unité de vie et à son accueil dans son nouveau milieu. 2. Il est recommandé de formaliser les rencontres entre l'enfant et la nouvelle famille. 3. Il est recommandé que tous les dossiers qui concernent l'enfant (Le dossier médical, les comptes rendu médicaux, d'hospitalisation et le cahier de suivi psychologique et le cahier de souvenir) soient transmis et expliqués aux personnes qui vont accueillir l'enfant.

	<p>4. Il est recommandé de formaliser et de respecter la durée de séjour de la famille adoptive au sein de l'unité de vie.</p>
<p>L'ouverture du Centre sur son environnement</p>	<p>1. Un manque au niveau de la communication et de l'intégration de la structure au sein de son environnement de proximité</p> <p>1. Il faut rendre visible l'association et ses activités, en développant sa capacité selon deux axes complémentaires et concomitant, à savoir la capacité de l'association à accueillir son environnement et sa capacité à aller vers son environnement</p> <p>2. Il est recommandé de favoriser les campagnes d'information et de sensibilisation à destination du grand public ou des professionnels sur les droits et besoins des enfants sans soutien familial.</p> <p>3. Il est recommandé de renforcer les liens avec les autres associations de la région</p> <p>4. Il est recommandé de renforcer les liens avec les autorités locales</p> <p>5. Il est recommandé de développer des supports de communication diversifiés mais surtout adaptés aux populations visées : Site Web, bulletin d'information, participation à des émissions de radio, etc.</p> <p>6. Il est recommandé d'organiser, en diffusant et en formalisant, l'action bénévole. Ainsi, le bénévolat permet de diversifier les relations des personnes accompagnées, favorise l'ouverture de la structure sur son environnement, dynamise la vie de l'institution.</p> <p>7. Il est recommandé de cultiver un réseau de bénévoles et de donateurs</p> <p>8. Il est recommandé de veiller à inscrire dans le projet d'établissement de l'association les possibilités et les modalités de l'ouverture de la structure sur la vie de sa région proche (le cas échéant en appui avec des associations locales).</p> <hr/> <p>2. Les structures développent peu de collaborations avec les dispositifs locaux publics et privés, pour renforcer les prestations et mutualiser les ressources</p> <p>1. Il est recommandé de contribuer à une communication globale sur le territoire et de participer au développement d'une stratégie d'information</p>

	<p>auprès des acteurs concernés, afin de favoriser une utilisation pertinente des unités d'accueil de jour, d'urgence, des familles d'accueil.</p> <p>2. Il est recommandé de prévoir dans le projet d'établissement l'inscription formalisée de la structure dans le réseau sanitaire et médico-social de proximité pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement, en particulier en cas d'urgence et y compris la nuit.</p> <p>3. Il est recommandé de promouvoir la diffusion d'outils d'informations sur la convention internationale des droits de l'enfant à destination des acteurs concourant à la protection de l'enfance et veiller à l'appropriation de ces outils dans les différentes disciplines concernées par la politique enfance et famille.</p> <p>4. Il est recommandé d'améliorer les connaissances des professionnels intervenant dans le domaine de la petite enfance sur le développement psychomoteur et neurologique des enfants en situation de placement institutionnel</p>
<p>L'organisation et la gestion des ressources</p>	<p>1. Les structures ne disposent de projets d'établissement, ni de manuels de procédures, ni de règlement internes</p> <p>1. Il est recommandé de doter les associations d'un Projet d'établissement</p> <p>2. Il est recommandé de formaliser le manuel des procédures</p> <p>3. Il est recommandé de travailler sur un règlement intérieur</p> <p>4. Il est recommandé de faciliter la lisibilité des différentes procédures et en positionnant chacun dans ses fonctions au sein de l'institution.</p> <p>5. Il est recommandé de mettre l'information et la communication au cœur du dispositif afin de compenser l'éparpillement des structures.</p> <p>6. Il est recommandé d'élaborer/ formaliser / mettre à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'organigramme hiérarchique et fonctionnel • Les profils de fonctions • Les normes de fonctionnement d'équipe • • Le plan de circulation de l'information interne

	<p>2. Gestion des ressources humaines ne favorisent pas la mise en place de prestations de qualité (manque de professionnels, fiches de poste manquantes, ou peu élaborées, ou non validées, ou non partagées, etc., postes non stables, manque de formation, absentéisme, usure professionnelle</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il est recommandé de doter les pouponnières associatives d'un statut pour la gestion des carrières (surtout celle des AM). 2. Il est recommandé de mettre en place des groupes d'analyse de pratiques professionnelles afin de permettre à chaque professionnel d'évoquer ses difficultés. 3. En l'absence de formation dédiée, il est recommandé à l'institution de mettre en place des sessions de formations destinées aux nouvelles recrues. 4. Il est recommandé de capitaliser les formations par un support qui sera toujours disponible pour la formation continu et/ou le partage d'expériences. 5. Il est recommandé de rappeler régulièrement l'objectif de travail vis-à-vis de l'enfant 6. Il est recommandé de reconnaître et promouvoir les ressources des professionnels 7. Il est recommandé de mettre à profit une observation quotidienne des pratiques et des rencontres individuelles avec les professionnels pour identifier leurs compétences spécifiques 8. Il est recommandé de mettre en valeur les talents et compétences spécifiques 9. Il est recommandé de valoriser et développer la compétence individuelle et collective par la formation continue. 10. Il est recommandé de prendre en compte le risque d'usure professionnelle 11. Il est recommandé d'engager des actions de prévention 12. Il est recommandé de mettre en œuvre des actions correctives
--	--

	<p>13. Il est recommandé d'adopter une démarche d'analyse et d'échange autour des conduites violentes éventuelles des enfants à l'égard des professionnels.</p>
	<p>3. Absence d'une nomenclature des coûts et des prestations et d'outils de gestion financière adaptés</p> <p>1. Il est recommandé de mettre en place un modèle opérationnel pour toutes les structures d'accueil des enfants pour connaître le coût réel de la prise en charge.</p> <p>2. Il est recommandé d'introduire une expertise comptable dans le recueil des données au niveau des pouponnières associatives</p> <p>3. Il est recommandé d'élaborer des procédures comptables et de gestion financière, standardisées et communes à toutes les pouponnières</p> <p>4. Il est recommandé de veiller à une meilleure objectivation aussi bien des dons en nature que du bénévolat que des couts des activités en lien avec le travail de proximité</p>
	<p>4. L'hygiène et la gestion des risques sont problématiques</p> <p>1. Il est recommandé de mettre en place des formations sur la prévention et la gestion des risques et incidents/ accidents : évacuation incendie, gestion d'un feu et extinction d'un feu et l'utilisation pratique d'un extincteur.</p>

